

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° 167

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre LIGNON

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Ancien Interne de l'Hôpital Bon Secours.

Né le 7 avril 1910, à La Caunette (Hérault).

**Notes sur le
Cancer du Côlon Gauche
d'après soixante-cinq cas opérés**

Président : M. P. Mocquot, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Pierre LIGNON

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Ancien Interne de l'Hôpital Bon Secours.

Né le 7 avril 1910, à La Caunette (Hérault).

**Notes sur le
Cancer du Côlon Gauche
d'après soixante-cinq cas opérés**

Président : M. P. MOCQUOT, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1939

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FISSINGER.
Clinique médicale	CHIRAY.
	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
	LEREBOULLET.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	MOCQUOT.
	OMBREDANNE.
Clinique gynécologique	RATHERY.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale	Pierre DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Maurice VILLIARET.
Clinique thérapeutique chirurgicale	TROISIER.
Clinique propédeutique	MATHIEU.
Clinique de la Tuberculose	LAUBRY.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	Clovis VINCENT.
Clinique de cardiologie	N...
Clinique de neuro-chirurgie	HAZARD.
Assistance médico-sociale	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
BARIETY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNCK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo-
CATHALA Pathologie médicale.	gie chirurgicale.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY . Pharmacologie.

MM.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MÈNÈGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT
 SÉZARY. } Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUÉNU.
 VELTER. } Clinique chirurgicale

MM.
 ECALLE. } Clinique obstétricale.
 METZGER.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554635_0093

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

JOSEPH LIGNON

Soldat au Septième Régiment d'Infanterie Coloniale.

Tué à l'ennemi le 17 septembre 1914, à Ville-sur-Tourbe (Marne).

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE MOCQUOT

Professeur de Clinique Gynécologique à l'Hôpital Broca,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Croix de Guerre.

*Qui nous a fait le grand honneur de pré-
sider notre thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre respectueuse gratitude.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN QUENU

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine.

Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Croix de Guerre.

*Qui nous a fait le grand honneur de nous
accueillir comme interne dans son service.*

*Hommage de notre profonde reconnais-
sance et de notre respectueux attachement.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BAILLEUL

En témoignage de reconnaissance pour la sympathie qu'il nous a manifestée pendant le temps passé dans son service et pour tout ce qu'il nous a appris.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES JACQUELIN

En hommage de respectueuse gratitude pour les marques de bienveillance qu'il nous a témoignées.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LEFORT

En hommage de notre vive reconnaissance pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous porter et pour tout ce qu'il nous a appris.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI BENAERTS

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE GANDY

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. MONESTIER

A MES AMIS ET CAMARADES D'INTERNAT

JEAN-LOUIS LAFOURCADE et PAUL HEBERT

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR EMILE SERGENT
MONSIEUR LE DOCTEUR CADENAT
MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMON
MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUBRY

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS (*in memoriam*)
MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE BROCC
MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU
MONSIEUR LE DOCTEUR RIST
MONSIEUR LE DOCTEUR GERNEZ (*in memoriam*)
MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE MOULONGUET

Internat :

(Hôpital N.-D. de Bon-Secours).

MONSIEUR LE DOCTEUR BAILLEUL
(Chirurgie osseuse).
MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES JACQUELIN
(Gastro-entérologie)
MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN QUENU
(Chirurgie Générale).

INTRODUCTION

Nous avons réuni dans cette thèse, soixante-cinq observations de cancers du côlon gauche opérés depuis 1925, dans le service de notre maître, Monsieur Jean QUÉNU, à l'hôpital Bon-Secours. Nous entendons sous le terme de côlon gauche la portion du gros intestin qui s'étend de l'angle splénique du côlon à l'ampoule rectale. Il comprend donc : l'angle splénique, le côlon descendant, le côlon iliaque, le côlon pelvien, et la jonction recto-sigmoïdienne. Notre étude, à ce niveau, se borne aux cancers recto-sigmoïdiens qui, chirurgicalement, ont pu être enlevés par une opération purement abdominale.

Nous étudierons ici, d'après ces observations, la valeur des signes cliniques et des différentes méthodes d'exploration dans le diagnostic du cancer colique gauche. Au point de vue thérapeutique, nous exposerons les méthodes que nous avons suivies, les techniques que nous avons employées et les résultats qu'elles ont donnés.

Nous tenons à remercier ici notre maître le Docteur Jean QUÉNU de sa bienveillante attention, de ses conseils judicieux et des connaissances que nous lui devons. C'est pendant notre internat dans son service que nous avons élaboré cette thèse pour laquelle il nous a si volontiers guidé.

Nous remercions aussi le Docteur Charles JACQUELIN qui nous a fourni une importante documentation clinique et radiologique. Ses conseils éclairés ont rendu notre tâche plus facile.

Nous sommes reconnaissant aux Archives Hospitalières et à son directeur, le Docteur Maurice DELORT, de nous avoir facilité les reproductions radiographiques.

CONSIDERATIONS GENERALES

Le nombre de malades opérés dans le service depuis 1925 pour des cancers du gros intestin est de 196. La répartition anatomique des cas est la suivante :

- COLON DROIT : 21 cas, qui se dénombrent ainsi :
 - Cæcum : 9 cas.
 - Côlon ascendant : 7 cas.
 - Angle hépatique : 5 cas.
- CÔLON TRANSVERSE : 9 cas.
- CÔLON GAUCHE : 65 cas, dont voici la répartition :
 - Angle splénique : 5 cas.
 - Côlon descendant : 8 cas.
 - Côlon iliaque : 6 cas.
 - Côlon ilio-pelvien : 3 cas.
 - Côlon pelvien : 28 cas.
 - Côlon recto-sigmoïdien : 15 cas.
- RECTUM : 101 cas.

Nous voyons d'après ce tableau que la localisation du cancer sur le côlon gauche représente environ le tiers des cas.

D'autre part, le cancer du côlon est trois fois plus fréquent à gauche qu'à droite : 65 cas pour 21.

Ce sont ces 65 cas qui vont servir de base à notre étude.

Au niveau du côlon gauche c'est la localisation sur l'anse pelvienne qui est de beaucoup la plus fréquente.

Enfin, si, d'après nos observations, nous recherchons la fréquence du cancer du côlon gauche suivant l'âge et le sexe, nous arrivons aux tableaux suivants :

SUIVANT L'AGE.

Nombre d'années	Nombre de cas
20 à 30	1
30 à 40	3
40 à 50	13
50 à 60	12
60 à 70	22
70 à 80	13
80 à 90	1

SUIVANT LE SEXE.

Hommes : 30 cas.

Femmes : 35 cas.

Le cancer du côlon gauche survient donc avec prédilection aux environs de la soixantaine. Il est un peu plus fréquent chez la femme.

Voyons maintenant les aspects cliniques sous lesquels il se présente.

LES BASES DU DIAGNOSTIC

A lire les observations publiées, ou à étudier celles que nous avons en main, on est confondu de l'extraordinaire variété d'erreurs auxquelles les faits cliniques ont pu prêter dans les histoires de cancer colique méconnu ou témérairement supposé. Il arrive, comme nous le verrons plus loin, que certaines évolutions cliniques caractéristiques, permettent de présumer avec une grande vraisemblance un cancer du côlon. Mais la sécurité du diagnostic n'est véritablement assurée que de trois façons à l'une desquelles il faut toujours aboutir :

1°) *Le toucher rectal* ou son prolongement la *recto-sigmoïdoscopie*.

2°) *L'examen radiologique* par lavement opaque.

3°) *La laparotomie exploratrice*.

Seuls les résultats d'une de ces trois explorations permettent un diagnostic sûr et autorisent la grave décision d'une exérèse de la lésion. Des examens complémentaires peuvent naturellement, apporter des renseignements précieux.

En réalité, toute la question clinique du diagnostic du cancer du côlon gauche, revient à préciser : quels sont les signes qui vont, sans conteste, imposer l'une de ces explorations; quels sont ceux qui ont peu de chance, si non à la faveur d'un examen systématique, de nous orienter vers elles; quels sont ceux qui risquent de nous en détourner.

Nous allons donc étudier, les aspects cliniques du cancer du côlon gauche et ensuite, les explorations qui assurent le diagnostic.

Nous rangerons les aspects cliniques en trois groupes. Un premier groupe de signes qui orientent les recherches vers le côlon gauche par leur localisation fonctionnelle ou régionale. Un second groupe de signes sans orientation locale. Un dernier groupe enfin de signes égarant l'attention vers un autre organe ou une autre région.

LES ASPECTS CLINIQUES.

GROUPE I

Groupe des signes ou formes cliniques orientant les recherches vers le côlon gauche par leur localisation fonctionnelle ou régionale.

A) SIGNES DE LOCALISATION FONCTIONNELLE

La présence d'une tumeur sur le côlon gauche, tend, d'une part, à gêner le cours des matières, d'autre part à irriter la muqueuse voisine et surtout sus-jacente, quelquefois à l'ulcérer. D'où les quatre grandes sortes de signes qui doivent toujours faire penser au cancer :

- Les syndromes d'occlusion;
- Le syndrome diarrhée;
- Le syndrome recto-sigmoïdien;
- Les syndromes hémorragiques.

Les syndromes d'occlusion sont les plus caractéristiques. Ils sont aussi les plus fréquents. Sur les soixante cinq cas que nous avons réunis, vingt deux malades ont été vus en état *d'occlusion aiguë ou subaiguë* nécessitant, sans le délai d'une enquête, une intervention d'urgence, le plus souvent cœcostomie.

Nous verrons plus loin quelles ressources dans de pareils cas, on peut tirer de certaines recherches radiologiques d'urgence, sans préparations. Le plus souvent, ni le diagnostic de la lésion ni celui du siège ne sont faits. La nécessité opératoire fait passer au second plan et remet à la découverte chirurgicale le soin de préciser la nature de l'occlusion et souvent son siège.

Des éléments cliniques peuvent cependant faire prévoir l'origine néoplasique de la lésion, quelquefois une histoire anté-

rieure caractéristique, comme nous en verrons plus bas des exemples, et dont l'occlusion n'apparaît que comme un incident plus dramatique et plus impérieux, quelquefois la notion d'un amaigrissement marqué, ou l'anémie actuelle; souvent ne plaide, en faveur du cancer, que la notion de l'extrême fréquence de l'origine néoplasique des occlusions chez un malade qui a dépassé la quarantaine.

Dans la majorité des cas, le diagnostic, même si des éléments l'orientent, reste incertain.

Le diagnostic exact se fera, soit au cours de la laparotomie exploratrice, soit dans un second temps après l'opération palliative par les procédés radiologiques ou endoscopiques auxquels conduisent et la notion d'une occlusion et les renseignements de l'intervention chirurgicale.

Le syndrome d'*obstruction chronique* suggère, avec plus de sécurité, le diagnostic de cancer du côlon gauche.

Le malade, qui est un constipé chronique, présente, à des intervalles variables, des crises abdominales. Des douleurs à forme de coliques se succèdent pendant quelques instants, quelques heures, voire même plusieurs jours. Le ventre se météorise; les selles s'arrêtent plus ou moins complètement; un malaise général, un état nauséeux accompagnent la crise. Puis, brusquement des bruits hydroaériques annoncent que l'obstacle cède; une débacle de gaz et de selles « dégage » l'abdomen qui s'affaisse; la crise est terminée. Les selles reprennent les jours suivants leur rythme plus ou moins régulier. L'observation n° 42 est assez caractéristique.

Ces crises, comme nous l'avons dit, se répètent à des intervalles variables. Elles peuvent être très fréquentes et, dans ce cas, il est rare que leur fréquence n'entraîne pas une enquête assez rapide et la reconnaissance de l'obstacle. D'autres fois elles sont très espacées : deux ou trois par an. Elles peuvent être encore plus rares et dans le passé de certains de nos malades opérés pour occlusion aiguë, nous retrouvons une ou deux crises dans les antécédents, échelonnées sur une ou deux années (obs. 6 par exemple). C'est dans de pareils cas que l'enquête endoscopique ou radiologique est négligée. La crise est si pas-

sagère, que les mots d'indigestion, de crises de coliques spasmodiques, satisfont le malade, son entourage, voire même le médecin si on l'a consulté.

Il faut bien dire que, si de pareilles crises doivent éveiller dans l'esprit l'idée d'un obstacle possible, elles n'en donnent aucune assurance, et qu'elles peuvent en effet constituer un accident banal. Des causes minimales ou lointaines, nées sur d'autres organes, peuvent déclencher des crises spasmodiques de symptomatologie très voisine. Il en est de même du dolichocolon. Mais sitôt qu'est née dans l'esprit l'idée d'un obstacle colique, même si l'on peut espérer que le spasme joue le rôle principal, on doit imposer au malade une enquête directe qui seule, permettra un diagnostic précoce et donc utile de cancer, ou bien apportera par sa conclusion négative, une sécurité, d'ailleurs révisible.

Dans des cas très nombreux, la gêne du transit colique, est réduite au signe minimum : *la constipation*. Même cette forme élémentaire, doit donner rapidement le soupçon d'un néoplasme colique quand la constipation apparaît comme un incident nouveau ou récent. Nombre de nos malades ont été amenés à consulter par une constipation datant de quelques mois, de plus en plus opiniâtre, qui les a obligés à prendre des laxatifs, puis des purgatifs ou des lavements (obs. 25 par exemple).

Toute constipation récente et sans cause évidente, même si elle ne s'accompagne ni de syndrome de Kœnig, ni de douleurs, ni d'amaigrissement, doit être tenue pour suspecte, surtout après la quarantaine, et déclencher l'enquête la plus minutieuse.

Mais dans de nombreux cas, ce symptôme révélateur de la constipation perd toute valeur de signe d'alerte, masqué qu'il est par une longue histoire de *constipation ancienne* qui a rendu le colon insensible à la gêne additionnelle apportée par la tumeur naissante. A la faveur de cette tolérance colique, le cancer se développe sans donner de signes de réaction. Quand, par sa masse, il devient capable d'altérer le cours des matières, la constipation qu'il provoque ne fait que prendre la suite de la constipation ancienne. La malade, car, dans nos observations, il s'agit en pareils cas, presque uniquement de femmes,

est habituée aux misères de son intestin. Elle épuise la gamme des laxatifs, passe aux purgatifs si les choses ne s'arrangent pas, et le cancer se développe ignoré, jusqu'au jour où un incident aigu : hémorragie, occlusion vient le révéler.

La constipation habituelle n'apporte aucune aide au diagnostic. Elle l'égare plutôt, à moins que d'autres signes locaux ou généraux ne forcent à un examen systématique.

Chez certains malades, la constipation s'accompagne de déformation des matières. M. C..., 47 ans, (obs. 30) présentait une constipation ancienne aggravée depuis quatre mois. Les matières étaient rubannées, filiformes, comparées par le malade à un ténia. Ces cas sont rares et relèvent de troubles spasmodiques concomittants.

Les syndromes diarrhéiques sont moins fréquents que les syndromes d'occlusion dans le cancer du côlon gauche.

Sur les soixante-cinq cas qui ont servi à notre étude, quatre malades seulement présentaient une forme diarrhéique vraie.

Nous ne parlons pas ici, bien entendu, des fausses diarrhées que nous avons décrites comme terminant les crises de subocclusion; ou même, apparaissant par intermittence au cours d'une constipation habituelle.

Nous parlons de diarrhées vraies ou dominant le tableau.

M. F..., âgé de 67 ans (obs. 4) dont l'opération est décidée, sur une crise d'occlusion, présentait depuis trois ans, une diarrhée avec quatre ou cinq selles par jour.

M. B..., 75 ans, (obs. 10) entre pour une diarrhée fréquente, cinq à six selles par jour, accompagnant une tumeur perçue dans le flanc gauche.

Mme D..., 70 ans, (obs. 9) atteinte de cancer sigmoïdien, présentait depuis deux ans des périodes de diarrhées allant jusqu'à quarante selles par jour avec selles normales dans l'intervalle, sauf constipation d'un ou deux jours.

Mme T..., 59 ans, (obs. 24) atteinte également d'un cancer du côlon pelvien se plaignait depuis un an de diarrhées avec selles liquides à caractère de diarrhée postprandiale.

Les formes diarrhéiques ne doivent pas faire penser uniquement aux cancers du côlon droit et du cæcum.

Il est vrai qu'elles prêtent à bien d'autres erreurs, que beaucoup de ces malades sont soignés pendant longtemps pour une colite.

On multiplie les analyses de selles, on soupçonne une amibiase, si la diarrhée s'accompagne d'élévation de température; si des troubles urinaires apparaissent, le diagnostic de colibacillose se présente aussitôt à l'esprit.

Dans les cas où l'état général était atteint ces diarrhées ont pu simuler une tuberculose intestinale.

La signification néoplasique des diarrhées est beaucoup moins connue que celle des syndromes d'occlusion. On s'arrête souvent à l'enquête coprologique là où une sigmoïdoscopie ou un lavement baryté décelleraient un cancer colique.

Syndromes occlusif et diarrhéique associés.

Ces syndromes sont peut-être les plus fréquents et les plus caractéristiques. Ils revêtent le plus souvent dans nos observations une forme chronique où l'en voit, soit de vraies diarrhées, soit de fausses diarrhées alterner avec des signes de constipation, de petite occlusion ou suivre une occlusion plus marquée.

Dans un cas cependant (obs. 6), la diarrhée accompagnait une crise d'obstruction qui nécessita une typhlostomie. Cette forme correspond aux descriptions de CHÊNE et HÉMON sur les accidents subocclusifs aigus avec diarrhée permanente. Ces dernières formes sont d'un diagnostic d'autant plus difficile que l'urgence opératoire oblige à une enquête rapide.

Syndrome recto-sigmoïdien.

Ce syndrome est si caractéristique qu'un seul de ses éléments doit imposer le soupçon de cancer. Il se constitue par : le ténésme, sensation de tension intrarectale, de corps étranger, pouvant aller de la simple gêne à la douleur aiguë. Les épreintes, besoin douloureux et fréquent d'aller à la selle, pouvant aboutir à des paroxysmes insupportables. La modification des selles qui sont diarrhéiques quelquefois vraiment dysentériques. Les écoulements glaireux accompagnent souvent les selles ou se substituent à elles.

Le syndrome peut être au complet. Parfois un seul élément attire l'attention comme par exemple la simple fréquence des selles, la pollakichésie suivant le mot de Durand. A la fréquence des selles peut se substituer une flatulence anormale aboutissant à de nombreuses évacuations explosives de gaz, évacuations entraînant avec elles un peu de mucus.

Si nous disons que ce syndrome est caractéristique, ce n'est pas qu'il dénote toujours un cancer. Les rectites, les recto-sigmoïdites, les sigmoïdites de quelque nature qu'elles soient : inflammatoires banales, gonococciques, amibiases, lymphogranulomateuses donnent des symptômes analogues ou voisins. De même certaines tumeurs bénignes ou les tumeurs vilieuses dont nous avons un bel exemple dans l'observation 39, observation dans laquelle une tumeur vilieuse du rectum était associée à un cancer du côlon pelvien.

Nous l'appelons caractéristique parce qu'il impose à l'esprit la notion d'une lésion recto-sigmoïdienne et la sanction immédiate : le toucher rectal ou la recto-sigmoïdoscopie.

Il ne faut pas croire que si tout syndrome recto-sigmoïdien impose cette notion, tout cancer recto-sigmoïdien entraîne ce syndrome. Il n'est pas rare de trouver un cancer déjà volumineux qui n'avait exprimé sa présence par aucun signe du syndrome rectal.

Mais il n'est pas permis d'ignorer un cancer recto-sigmoïdien qui s'est manifesté par un des signes décrits plus haut. On peut dire que c'est le cas où le diagnostic est le plus facile et où l'erreur est le moins pardonnable.

Syndrome hémorragique.

Les hémorragies par l'anus dans les cancers du côlon gauche peuvent se présenter sous des formes différentes.

Dans nos observations elles accompagnent souvent le syndrome recto-sigmoïdien. Dans ce cas, les glaires ou les matières expulsées sont striées ou teintées de sang. Elles peuvent également accompagner les formes vraiment diarrhéiques (obs. 4, 10, 9, 24). Tous ces malades, présentaient par périodes du sang dans les selles.

Souvent les hémorragies constituent un syndrome isolé.

Il s'agit parfois de petites hémorragies de sang rouge qui, soit précèdent les matières, soit accompagnent des selles normales dont elles strient la surface. M. C..., 75 ans (obs. 18), vu en occlusion intestinale avait présenté à plusieurs reprises du sang rouge dans les selles sans constipation ni diarrhée. Ce sont souvent ces hémorragies qui sont mises sur le compte d'hémorroïdes, diagnostic dont on ne devrait jamais se contenter chez un malade ayant dépassé la quarantaine, même si ce malade présente un passé hémorroïdaire certain et contrôlé; à plus forte raison quand les hémorragies sont de date récente.

Il existe aussi de grandes hémorragies soit de sang rouge, soit sous forme de méléna, apparaissant brusquement sans autre signe précis de cancer du côlon gauche.

Bien que cette forme d'hémorragie soit connue comme assez fréquente nous n'en comptons que cinq dans nos observations. Encore chez l'une d'elles, Mme B... (obs. 56), l'hémorragie fut-elle déclanchée par une purgation. Chez une autre, Mme N... (obs. 19) une grosse hémorragie de sang rouge, sans douleurs, sans épreintes, sans diarrhée ni constipation, avec seulement des signes généraux d'amaigrissement et de pâleur, précéda de cinq mois l'évacuation d'une collection purulente dans le vagin. M. B... (obs. 26) présenta une abondante hémorragie avec syncope. Elle dura trois jours. Il accusait depuis quatre mois des troubles paraissant en rapport avec son estomac : douleurs semi-tardives sans contipation. Chez Mme G... (obs. 28) une hémorragie de sang rouge assez abondante précéda de quatre mois l'apparition d'un syndrome recto-sigmoïdien. Enfin, le cas de Mme C... (obs. 44) n'est pas le moins intéressant. Cette malade présentait une tumeur villeuse du rectum qui fut enlevée par les voies naturelles. Le jour de sa sortie, elle fait au bureau de l'hôpital, une abondante hémorragie de sang rouge que l'état local n'expliquait pas. Une rectoscopie montra par la suite qu'il s'agissait d'un cancer du côlon pelvien coexistant avec la tumeur villeuse.

Si les petites hémorragies de sang rouge accompagnant les

épreintes ou les selles permettent de suspecter le cancer et en tout cas attirent forcément l'enquête vers le côlon, on sait à quelle variété d'interprétation, à quelles difficultés de diagnostic, à quelles erreurs exposent les grandes hémorragies. L'enquête s'égare souvent vers l'estomac (obs. 26) ou le duodénum, vers l'idée d'hémorragie hépatique ou splénique; plus bénigne est l'erreur, si l'on pense aux polyposes coliques, voire même aux sigmoïdites ulcéreuses, puisque ces diagnostics entraîneront les seules enquêtes révélatrices : la rectoscopie et le lavement opaque.

Nous ne parlerons pas ici des hémorragies occultes qui, par définition, constituent, non un signe attirant l'attention clinique, mais un renseignement fourni par une enquête de laboratoire, renseignement fort important d'ailleurs, comme nous le verrons plus loin.

B) SIGNES DE LOCALISATION REGIONALE

Ce sont : les douleurs localisées,
les tumeurs,
les signes de péritonite localisée ou généralisée.

Les douleurs. La cancérophobie a pris dans le public une telle extension et la notion de cancer est communément liée d'une façon si étroite à l'idée d'affection douloureuse, que l'on doit se défendre chaque jour contre le diagnostic de cancer qu'apportent des malades anxieux de la moindre douleur abdominale prolongée.

Cependant il faut craindre aussi de passer à côté d'un diagnostic précoce de cancer pour avoir, sans une enquête suffisante, renvoyé en sécurité un algique, un spasmodique, un nerveux, que l'on retrouvera peut-être plus tard en crise d'occlusion néoplasique.

Dans l'histoire de nos cancéreux coliques, nous avons plusieurs fois retrouvé la présence au début, quelquefois deux ou trois ans avant les accidents décisifs, de petites douleurs de

l'hypocondre ou du bas ventre, tantôt continues, tantôt intermittentes pour lesquelles le malade n'avait pas toujours consulté.

Nous ne voulons pas dire que la moindre douleur abdominale doive déclencher tout l'appareil des enquêtes sigmoïdoscopiques ou radiologiques. Il faut extraire du malade tout renseignement sur le rythme de la défécation, la coïncidence de la douleur avec des troubles intestinaux, la consistance et le nombre des selles. Si un doute naît dans l'esprit, mieux vaut risquer une enquête négative, que laisser passer le moment opportun d'un diagnostic de cancer colique au début.

Dans certains cas cependant les douleurs sont un signe isolé. M. S... (obs. 40) présentait depuis un an des douleurs vives dans l'hypocondre gauche, sans irradiations, sans horaire précis. Elles obligeaient le malade à interrompre tout travail pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Pas de troubles digestifs, pas de constipation. Le diagnostic resta imprécis jusqu'au jour où survint un amaigrissement qui devint rapidement très important.

Le plus souvent d'ailleurs, nous avons vu chez nos malades apparaître la douleur plus tardivement parfois même au moment où la palpation décelait une tumeur.

Ces douleurs sont soit généralisées à tout l'abdomen et sans valeur localisatrice (obs. 5 par exemple), soit localisées à une région : hypocondre gauche, fosse iliaque gauche. Dans ce cas, l'attention est attirée vers les organes de la région.

Les tumeurs. La tumeur du cancer colique gauche peut arriver à un volume important sans avoir attiré l'attention par des troubles intestinaux et des douleurs.

Une de nos malades dont l'observation ne figure pas dans cette étude chirurgicale, présentait depuis six mois, une fièvre vespérale dont on ignorait l'origine. Elle attira elle-même l'attention de son médecin sur une « boule » qu'elle avait découvert dans sa fosse iliaque gauche. Il n'existait aucune douleur, aucun trouble du fonctionnement intestinal. Un examen radiologique montra qu'il s'agissait d'un cancer du côlon iliaque. La tumeur était absolument fixée, manifestement adhérente aux

plans profonds. La malade allant régulièrement à la selle, n'a pas subi d'intervention, intervention qui n'aurait pu être qu'une dérivation.

Lorsque la tumeur apparaît ainsi sans signes intestinaux nets, dans l'hypocondre gauche, il peut être difficile d'en préciser le siège colique et la nature néoplasique.

Haut située sous les fausses côtes, elle peut évoquer l'idée d'une grosse rate ou d'une tumeur rénale. Chez une de nos malades (obs. 1), c'est le résultat négatif d'une pyéloscopie qui précéda l'examen révélateur par lavement baryté. Une tumeur pararénale peut aussi prêter à erreur. Cependant le contact lombaire de la tumeur colique est rare. Située à la partie moyenne de l'hypocondre la tumeur est d'une palpation facile.

Tantôt elle est sentie comme une tumeur plus ou moins arrondie (mandarine), quelquefois beaucoup plus considérable, peu mobile (beaucoup moins mobile que dans les cancers du côlon transverse), tantôt comme un épaissement cylindrique et mal délimité.

Située dans la partie basse de la fosse iliaque gauche ou la région suspubienne, la tumeur colique est d'une palpation plus difficile. On la délimite souvent mal. Elle peut être confondue avec une sigmoïdite infiltrée ou avec une tumeur d'un autre organe surtout chez la femme. Mme C. (obs. 57), a été opérée avec le diagnostic de tumeur utérine.

Nous voyons donc que même en présence d'une tumeur, le diagnostic peut rester indécis tant que l'examen radiologique, voire même la laparotomie, n'en ont pas précisé le siège.

La tumeur manque souvent. Si nous exceptons de notre statistique les cas où elle n'était perçue que par le toucher rectal ou vaginal, nous ne trouvons sur soixante-cinq cas de cancers coliques que treize tumeurs accessibles à la palpation abdominale.

Il arrive d'ailleurs que telle tumeur bien perceptible certains jours, ne l'est pas ou l'est à peine quelques jours après. Ce n'est pas toujours à un fécalome qu'il faut rapporter ces tumeurs fantômes. Un obstacle colique modéré, une petite tumeur peu ou pas perceptible, à la faveur d'un spasme surajouté, provo-

quent une dilatation du segment susjacent et une stase fécale. Là ensemble, noyau néoplasique, anse dilatée et pleine, forment une tumeur importante. Huit jours après, le repos, une meilleure évacuation, font qu'on ne trouve plus rien à la palpation.

D'autres fois, l'évolution est inverse. Chez Mr. J. (obs. 27), les signes fonctionnels lors de la première consultation font soupçonner un obstacle colique. La palpation est strictement négative. La radiographie révèle un rétrécissement néoplasique du côlon sigmoïde. Le malade met un mois à se décider à l'intervention. La palpation montre alors très facilement une tumeur peu mobile qui apparaît variable à plusieurs examens. A l'intervention, il s'agissait d'un cancer absolument adhérent à la paroi postérieure. La tumeur mobile perçue n'était que l'anse susjacente stasique.

Quelles que soient les erreurs cliniques auxquelles peut donner lieu la présence d'une tumeur, ces erreurs ne présentent que peu de gravité. Sauf cas exceptionnel, elles incitent toujours à des enquêtes portant sur le petit bassin, sur la vessie, sur les reins, enfin sur le côlon. Ces enquêtes, par leurs réponses négatives d'un côté, positives de l'autre, permettent le plus souvent la localisation colique de la tumeur.

Nous devons conclure que, malgré les erreurs auxquelles elle peut exposer, la présence d'une tumeur est un bon signe du diagnostic clinique.

Malheureusement c'est rarement un signe précoce. Il peut faire défaut jusqu'à une phase avancée de la maladie. Sur les soixante-cinq cas de notre statistique, nous n'en trouvons que treize où la palpation décelait une tumeur. Sur ces treize cas deux seulement (obs. 40 et 42), purent être enlevés. Chez les autres malades le degré d'extension était tel qu'on ne put faire que des opérations palliatives.

Les inflammations ou péritonites localisées. Dans de nombreux cas, le cancer colique évolue sans attirer l'attention jusqu'au jour où des phénomènes inflammatoires de péritonite ou de suppuration se développent ou brusquement ou lentement.

Ces formes sont moins fréquentes dans le cancer du côlon

gauche que dans celui du côlon droit. Elles existent cependant et ont été bien étudiées par de nombreux auteurs.

Parmi nos observations, nous relevons celle de M. D. (obs. 41). Sans aucun antécédent caractéristique ou annonciateur, il est pris brusquement de douleurs dans la fosse iliaque gauche. La température monte à 39°, les selles et les gaz sont arrêtés. Au bout de quelques jours, on trouve dans la fosse iliaque gauche une tuméfaction diffuse, douloureuse; c'est un plastron. Cet accident inflammatoire aigu représentait le premier signe d'une infiltration découverte ultérieurement sur l'anse sigmoïde.

Un autre malade M. G. (obs. 52), est opéré d'abord pour une appendicite aiguë; il continue à présenter des signes occlusifs et ce n'est qu'au bout d'un an et après de multiples incidents, que l'intervention chirurgicale enlève un cancer du côlon iliaque.

Mme M. (obs. 36), voit se développer une tuméfaction douloureuse de la fosse iliaque gauche. On est obligé d'ouvrir l'abcès d'où s'écoule un pus abondant et fétide. La plaie se referme en quatre mois, mais il persiste une fistule. Au bout de quatre ans, après plusieurs poussées fébriles, se forme un nouvel abcès. On l'opère à nouveau et l'opérateur conduit par les tissus inflammatoires, arrive sur un cancer du côlon descendant.

Enfin, nous relevons dans notre statistique un quatrième cas. C'est celui de Mme N. (obs. 19) qui avait présenté une abondante hémorragie rectale avec amaigrissement. Toutes les enquêtes avaient été négatives. Elle revient trois mois après avec un empâtement profond de la fosse iliaque, avec température à 39°. Dix jours après, brusque évacuation de pus par le vagin. La radio montre un arrêt définitif au niveau du côlon pelvien. A l'intervention on trouve un cancer inopérable.

Nous voyons donc que les suppurations locales apparaissant comme premier signe d'alerte ne sont pas exceptionnelles (4 sur 65) dans le cancer du côlon gauche.

Elles égarent le plus souvent le diagnostic quand le caractère aigu des accidents oblige à brusquer l'intervention chirurgicale. L'enquête qu'elles imposent sur tous les organes et même sur les parois du bassin, devra comprendre nécessairement un exa-

men du côlon. Cet examen sigmoïdoscopique ou radiologique donnera la clé du diagnostic.

Les mêmes observations s'imposent en face de certaines péritonites aiguës apparaissant au cours d'un cancer ignoré du côlon comme DARIAU en a rapporté un exemple. Nous citerons ici le cas de M. F. (obs. 4) qui fut opéré pour un accident aigu étiqueté occlusion intestinale. Il s'agissait en réalité, comme le montra l'autopsie, d'une perforation d'un cancer du côlon pelvien. La perforation siégeait entre les deux points d'insertion des deux feuillets du méso-sigmoïde; une grosse collection purulente remontait dans le méso derrière le péritoine de la fosse ilio-lombaire gauche.

Dans ce cas de perforation en dehors de la grande cavité, le diagnostic exact ne fut pas fait. En cas de perforation en péritoine libre, à l'intervention la présence de matières dans la cavité péritonéale, entraîne la recherche de la perforation et par conséquent le diagnostic se fait par la laparotomie.

GROUPE II

Groupe des syndromes ou formes cliniques caractérisés uniquement par des signes généraux.

La thèse de Marco, les articles de CHIRAY et de ses collaborateurs, la thèse de LELOURDY ont bien attiré l'attention sur ces histoires fébriles à courbes irrégulières, prolongées, sans aucun signe fonctionnel ou physique où accrocher une enquête et qui ne révèlent que fort tard leur origine colique et cancéreuse. CHIRAY et ROSANOFF ont rapporté ce cas typique d'une malade observée et traitée longtemps pour une fièvre continue, soupçonnée de paludisme, puis accusée d'infection intestinale chronique sur dolichocôlon, envoyée à Châtel-Guyon et qui évacue brusquement par le vagin une collection purulente. On crut d'abord à une annexite. Il s'agissait d'un cancer sigmoïdien.

Nous avons déjà rapporté l'observation de Mlle B. (cette malade n'ayant pas été opérée, l'observation ne figure pas dans

notre statistique) qui présentait depuis six mois des poussées de température vespérale à 38°5 par périodes de huit ou dix jours. Ce n'est qu'au bout de six mois que l'attention fut attirée par l'apparition d'une tumeur dans la fosse iliaque gauche. Chez cette malade, qui ne présentait aucun trouble du transit intestinal, l'enquête radiologique révéla un cancer du côlon iliaque. La tumeur était manifestement inextirpable, il n'existait pas de constipation, on n'opéra pas la malade. Nous avons appris sa mort six mois après, de cachexie.

Nous avons aussi observé le cas de Mme C. (obs. 57) qui présentait depuis deux mois et demi une température autour de 38°, 38°5, sans autre signe attirant l'attention. On pratiqua d'abord des examens cliniques et radiologiques des poumons qui ne montrèrent rien d'anormal. Un examen complet de la malade montra par le toucher vaginal la présence d'une grosse masse pelvienne que l'on crut être une tumeur utérine. Le diagnostic posé était : nécrobiose de fibrome ou cancer utérin. Il s'agissait en réalité, comme le montra l'intervention, d'un gros cancer encéphaloïde du recto-sigmoïde.

Ces formes sont cependant plus fréquentes dans le cancer du côlon droit. Il semble que le côlon gauche, soit moins tolérant et manifeste beaucoup plus vite la gêne du transit ou l'irritation de la muqueuse.

Pour la même raison, les formes dans lesquelles seule l'anémie occupe le tableau clinique pendant un temps assez long, sont rares dans le cancer du côlon gauche. Nous n'en avons personnellement pas observées sur les soixante-cinq cas examinés.

Du point de vue diagnostique, ces formes n'ont d'ailleurs d'autre intérêt que de mettre en évidence la nécessité absolue en face d'un syndrome fébrile ou d'un syndrome anémique sans cause apparente, de faire une enquête systématique et générale, et de ne jamais oublier dans cette enquête l'examen du tube digestif, de l'estomac sans doute, avant tout, mais aussi du gros intestin.

GROUPE III

Groupe des syndromes ou signes attirant l'attention sur un autre organe.

Pour le diagnostic clinique du cancer du côlon gauche, les formes fébriles et anémiques, si elles n'apportent aucun élément net d'orientation, ne détournent du moins pas le diagnostic. Il n'en est pas de même lorsque certains signes égarent l'attention vers un autre organe.

Les formes appendiculaires sont naturellement plus rares que dans le cancer du côlon droit. Nous avons déjà mentionné plus haut l'histoire de ce malade (obs. 52), opéré le 31 décembre 1932 de l'appendicite pour des accidents à type péritonéaux, réopéré le 20 janvier 1933 avec le diagnostic d'occlusion du grêle, avant qu'une nouvelle intervention en octobre 1933 révèle un cancer du côlon iliaque.

Nous relevons dans notre statistique le cas de Mme J. (obs. 43) qui avait fait une crise d'appendicite il y a dix-sept ans et qui présentait des douleurs dans le côté droit du ventre. On fit le diagnostic d'appendicite avec annexite droite. A l'intervention, on trouve un appendice filiforme et sclérosé (en raison peut-être de la crise appendiculaire survenue il y a dix-sept ans), une salpingite droite et l'on découvre un cancer du côlon pelvien circulaire, sténosant, gros comme une pomme.

Les formes génitales sont au contraire plus fréquentes.

Il s'agit tantôt comme chez la malade de CHIRAY citée plus haut ou comme dans une de nos propres observations (obs. 19) d'une évacuation de pus par la voie vaginale, faisant porter le diagnostic d'annexite, tantôt d'une tumeur prise pour un fibrome (obs. 57) ou d'une tumeur ovarienne.

La tumeur a été perçue soit par le toucher vaginal, soit par la palpation hypogastrique. L'absence de signes intestinaux, la mobilisation de la tumeur avec l'utérus ont complètement écarté l'idée d'une tumeur colique et c'est l'intervention chirurgicale qui découvre le cancer du côlon gauche.

Les formes urinaires sont fréquentes dans le cancer du côlon gauche. MICHON, DE BULTER d'ORMOND, MOCK en ont rapporté des cas et montré le rôle de la cystoscopie dans le diagnostic du cancer sigmoïdien. Une de nos malades (obs. 9), âgée de 70 ans et chez qui le cancer sigmoïdien était caractérisé par une diarrhée abondante, des douleurs, de l'amaigrissement depuis plusieurs mois, avait présenté deux ans auparavant des douleurs vésicales très nettes et une hématurie.

Une autre malade, Mme A. (obs. I) vient pour des douleurs de l'hypocondre gauche depuis un mois. Il existe depuis deux ou trois jours une poussée thermique à 39°, 40°. Les urines sont troubles avec quelques globules de pus. Il existe de la constipation. La palpation révèle de la douleur de tout l'hypocondre et une masse sous costale gauche. On est conduit à l'idée d'une affection urinaire. L'examen pyéloscopique négatif rejette cette hypothèse. L'enquête radiographique révéla un cancer de l'angle splénique.

Une erreur inverse avait été faite chez une malade dont nous donnons plus loin l'image radiologique (fig. 17). La malade, âgée de soixante-deux ans, après des incidents douloureux récents, présente un tableau d'occlusion intestinale, avec météorisme. Ces accidents cèdent au bout de quelques jours. C'est alors qu'un examen radiologique révèle l'existence d'un segment rétréci sur le côlon descendant. La notion d'une occlusion intestinale, jointe à cette constatation, avait fait porter le diagnostic de cancer. A l'intervention on trouva le côlon intact. Un interrogatoire plus serré et l'évolution des accidents, montrèrent qu'il s'agissait d'une pyélonéphrite d'origine lithiasique ayant entraîné, comme le cas est fréquent, un spasme intense du côlon et des signes d'occlusion.

Les formes gastriques sont également plus rares dans le cancer du côlon gauche. Elles ont été décrites surtout dans le cancer du côlon transverse.

Nous relevons parmi nos observations celle de M. B. (obs. 26). Ce malade présentait des douleurs au creux épigastrique, à type semi-tardives : deux heures après les repas et surtout la nuit.

Pas de vomissements, pas de constipation. Il est vu à la consultation quatre mois après le début des douleurs et on lui donne un traitement gastrique qui le calme peu à peu. Le premier signe intestinal est une grosse hémorragie de sang rouge par l'anus. A ce moment encore, les signes gastriques dominent tellement le tableau que l'examen radiologique commence par l'estomac. Le caractère négatif de cette exploration et l'habitude systématique d'une enquête complète commandent un examen par lavement baryté. Il existait un cancer du côlon sigmoïde comme le confirma d'ailleurs l'intervention chirurgicale.

Parmi les signes gastriques et trompeurs qui accompagnent souvent les cancers coliques gauches, nous ne ferons que mentionner les vomissements. Ils sont très fréquents, surtout dans les formes subocclusives. Mais l'on sait du reste que le vomissement ne peut être dans l'ensemble considéré comme un signe exclusivement gastrique. Il est plus souvent la réaction réflexe d'une lésion périphérique que le signe d'une lésion de la paroi gastrique.

C'est le lieu de répéter, que, même dans le cas de troubles qui paraissent vraiment gastriques, l'enquête doit porter sur l'ensemble de l'appareil digestif. Le côlon gauche qui paraît le plus intolérant des segments du gros intestin, peut supporter le développement d'une tumeur sans rien manifester. Des troubles généraux ou des signes à distance égarent le diagnostic à moins d'une discipline sévère dans l'enquête.

Formes hépatiques. Le cancer du côlon gauche ne peut que par exception donner lieu aux formes ictériques décrites par plusieurs auteurs dans le cancer du côlon droit.

Mais il existe souvent, surtout au début de l'évolution cancéreuse, des troubles qui attirent l'attention sur le foie : diarrhée post-prandiale comme dans l'observation 24, sensation de lassitude matinale, intolérance à certains aliments, petits vomissements bilieux.

Enfin, la métastase hépatique peut prendre un tel développement, avant tout signe caractéristique de la lésion colique, qu'elle peut poser un problème diagnostique difficile.

Il nous faut donc toujours revenir à la même conclusion. Très souvent le cancer du côlon gauche donne pendant longtemps lieu à des troubles généraux sans caractères de localisation ou à des troubles locaux égarant le diagnostic vers d'autres organes. Il est vrai que, plus souvent que sur le côlon droit, le développement d'un cancer sur le côlon gauche détermine des troubles fonctionnels qui en font suspecter la présence.

Même dans ces cas, le diagnostic ne peut être vraiment assuré que par la mise en œuvre des enquêtes que nous allons maintenant étudier.

EXPLORATIONS QUI ASSURENT LE DIAGNOSTIC

Ce sont :

- 1) *Le toucher rectal et la rectosigmoïdoscopie* que complète l'examen histologique.
- 2) *L'examen radiologique.*
- 3) *La laparotomie exploratrice.*

Le toucher vaginal, la cystoscopie et la pyéloscopie sont des examens complémentaires très précieux.

LE TOUCHER RECTAL.

Chez tout malade digestif, le toucher rectal devrait être aussi systématique, aussi automatique, que l'est l'auscultation du cœur et des poumons chez un malade respiratoire. Même sans trouble digestif, il devrait faire partie du rite normal de l'examen complet au lit du malade, de la même façon qu'on cherche les réflexes patellaires ou qu'on mesure la tension artérielle. Nous sommes loin du compte dans la pratique. Non seulement il est systématiquement négligé dans les cas de troubles généraux, mais combien voit-on de dyspeptiques, de constipés, de colitiques, envoyés pour des examens compliqués de tubage ou de radiologie, soignés depuis des mois sans que cette modeste et facile exploration ait été faite. Et cependant, même en excluant de notre étude le cancer rectal où elle apporte la révélation essentielle, cette exploration suffit souvent dans le cancer recto-sigmoïdien à assurer le diagnostic.

Nous ne ferons que rappeler qu'il y a intérêt à pratiquer le toucher rectal, d'une part dans la position dorsale habituelle, siège légèrement surélevé, d'autre part et surtout dans la po-

sition génu-pectorale. Dans nombre de cas, on sent à bout de doigt et en faisant pousser le malade, le pôle inférieur de la tumeur recto-sigmoïdienne sous forme d'une végétation irrégulière, à base indurée. Chez un de nos malades M. R. (obs. 39), on sentait par le toucher rectal le pôle inférieur « d'une masse qui paraissait bourgeonnante et dont on précisait mal les caractères ». Il s'agissait en réalité, comme le montra l'intervention, du côlon sigmoïde invaginé. La tumeur siégeait au milieu de l'anse pelvienne et à l'opération on assista à l'invagination qui se produisit sous les yeux. Dans d'autres cas très fréquents on perçoit, à travers la paroi rectale indemne, une tumeur sigmoïdienne prolabée dans le Douglas ou latéralement. Le doute reste alors souvent dans l'esprit sur le siège exact de la tumeur colique, ovarien, utérin, vésical, pariétal.

De toute façon, que le toucher rectal soit négatif, qu'il apporte des signes de présomption ou même de certitude, il doit être complété par la rectosigmoïdoscopie.

LA RECTOSIGMOÏDOSCOPIE.

BENSAUDE et ses élèves ont l'immense mérite d'avoir développé, facilité, codifié une méthode si efficace et si simple qu'on s'étonne qu'elle ait eu tant de retard pour entrer dans la pratique courante.

Elle permet d'explorer le segment terminal de l'intestin jusqu'à 20,25 cm, parfois même jusqu'à 30 cm, exploration d'autant plus intéressante que sur ces 20 ou 30 cm, la radiologie est d'un secours très infidèle et laisse passer non seulement les petites tumeurs au début, mais même des lésions largement constituées.

La technique rectoscopique est d'une grande simplicité. Nous n'insisterons ici que sur la préparation à faire subir au malade pour tâcher de rendre aussi net que possible le « champ opératoire ».

1°) **Exploration négative.** Si la progression du rectoscope s'est faite facilement jusqu'à 20 ou 25 cm, si la muqueuse était

bien nettoyée, si on a pris soin de bien explorer, paroi par paroi, les segments même rétrovalvulaires, le caractère négatif de l'exploration donne toute sécurité. La seule limite de cette sécurité est la limite de pénétration du rectoscope, variable d'un sujet à l'autre suivant la laxité de la muqueuse, les courbures recto-sigmoïdiennes, les saillies osseuses, la sensibilité de l'anus ou d'organes voisins : prostate, utérus.

Dans d'autres cas, l'exploration a été gênée ou empêchée par l'impossibilité d'obtenir un bon nettoyage de la muqueuse. Plus rarement la muqueuse lâche et tomenteuse s'invagine dans la lumière du rectoscope. Parfois une courbure anormale arrête à 10 ou 15 cm. la progression d'un instrument; ou bien un spasme serré fait reculer l'opérateur prudent devant une manœuvre forcée. En pareil cas, l'examen doit être recommencé dans de meilleures conditions ou faire place à une autre méthode.

2°) Résultats positifs.

a) *Tumeurs d'aspect nettement cancéreux.* Le rectoscope peut arriver sur une tumeur de caractères si nets que son aspect impose le diagnostic de cancer sigmoïdien : masse bourgeonnante, à végétations saignantes, à base indurée, dont il ne permet de voir en général que le pôle inférieur. Quelquefois cependant, la tumeur limitée à une seule paroi n'obstrue pas complètement la lumière colique, et permet une exploration plus complète. Même en pareil cas, il vaut mieux ne pas conclure sans un examen histologique.

b) *Tumeurs d'apparence bénigne ou douteuse.* La découverte d'un polype solitaire ou de petits polypes multiples peut fournir une explication satisfaisante des troubles, en particulier des hémorragies, qui avaient pu faire craindre un cancer.

L'apparence du polype peut déjà cependant éveiller la méfiance si la surface a perdu son « vernis » ou se mamelonne légèrement, si l'extrémité du rectoscope ne trouve pas une sensation absolue de mollesse, si l'exploration détermine une hémorragie.

La dégénérescence cancéreuse possible des polypes est maintenant trop connue pour ne pas alerter l'attention, même dans les cas où l'apparence ne prête pas au doute. L'explorateur méfiant devra se rappeler la coexistence si fréquente pour n'être que coïncidence des polypes bénins et du cancer.

Notre ami LAFOURCADE a montré dans sa thèse que, en présence de tumeurs ano-rectales bénignes et à plus forte raison malignes ou suspectes, on doit toujours penser à la possibilité d'un cancer colique sus-jacent. Ce fait doit toujours inciter à de nouvelles explorations ou par une sigmoïdoscopie plus haute ou par un examen radiologique.

Nous citerons ici le cas de Mme C. (obs. 44) venue consulter pour un syndrome rectosigmoïdien et chez laquelle on découvrit une tumeur villeuse d'aspect tout à fait typique. Cette tumeur, déjà volumineuse, expliquait le syndrome clinique. Elle fut enlevée. Le jour de sa sortie de l'hôpital, elle fit une abondante hémorragie rectale. A l'examen, l'état local satisfaisant n'expliquait pas l'hémorragie. On pratiqua une rectosigmoïdoscopie qui montra « à 25 cm. de l'anus sur la face postérieure, une tumeur saignante avec gros bourgeon ». Ce bourgeon prélevé était un épithélioma glandulaire typique.

Chez un autre de nos malades, M. J. (obs. 27) qui présentait des signes cliniques et radiologiques de cancer du côlon pelvien, on notait la présence au niveau de la partie droite de l'anus, d'une nodosité un peu dure, de la grosseur d'une olive, non douloureuse, légèrement pédiculée. Cette tumeur d'apparence bénigne, fut enlevée après dilatation de l'anus. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma glandulaire.

EXAMEN HISTOLOGIQUE.

L'examen histologique est le complément nécessaire de toute rectosigmoïdoscopie ayant donné une réponse positive.

L'étude anatomo-pathologique sort du cadre de ce travail. Nous dirons cependant qu'il existe un point commun aux différentes tumeurs du côlon gauche : c'est le caractère histolo-

gique qui donne une justification de plus à notre étude. L'épithélioma représente la forme habituelle. Avec Lecène nous le ramènerons à trois types histologiques : l'adéno-carcinome (épithélioma typique) le plus fréquent; le carcinome solide ou vrai (atypique) plus rare; le carcinome colloïde exceptionnel.

Nous plaçant du point de vue pratique, nous rappellerons quelques règles à observer pour un bon prélèvement; sur les tumeurs végétantes, pratiquer le prélèvement à la base de la tumeur plutôt qu'à la surface des végétations. Des pinces à biopsie dont la cuillère est inclinée sur l'axe permettent d'attaquer la tumeur même dans sa partie non saillante. Enlever un fragment suffisant. Quant il s'agit d'un polype, faire porter la biopsie sur l'ensemble du polype ou au moins sur plusieurs points. Immerger immédiatement les fragments dans le liquide fixateur.

Il faut que l'examen histologique ayant donné un résultat franchement contre l'idée d'un cancer dans un cas cliniquement douteux soit contrôlé à nouveau à plus ou moins brève échéance.

LE TOUCHER VAGINAL.

Le toucher vaginal n'a bien entendu pas la même importance que l'examen rectosigmoïdien. Dans certains cas où le toucher rectal arrive sur une tumeur, il apporte un élément de discrimination quant au siège exact de la tumeur. Il arrive aussi que les troubles cliniques entraînant le diagnostic vers une lésion du petit bassin, le toucher vaginal se présente comme premier moyen d'exploration et découvre la tumeur dont des examens ultérieurs préciseront le siège colique. Chez une de nos malades Mme D. (obs. 9) qui avait présenté des douleurs vésicales et une hématurie, le toucher vaginal arrivait sur des masses dures dans le pelvis, débordant dans la fosse iliaque gauche. Un lavement baryté montra une zone rétrécie sur le côlon sigmoïde. C'était un cancer sigmoïdien fixé dans l'excavation et adhérent à l'utérus.

LA CYSTOSCOPIE.

Des spécialistes urinaires, MICHON en particulier ont publié des observations où l'examen cystoscopique avait révélé des lésions vésicales en rapport avec un cancer sigmoïdien et permis aussi le diagnostic de cette tumeur.

En dehors des cas de fistules vésico-coliques chez lesquelles la cystoscopie est difficile et peu utile, elle se fera dans plusieurs conditions. Soit chez des malades dont le diagnostic de cancer est fait et chez lesquels elle permettra de s'assurer de l'existence ou de l'étendue de la propagation vésicale. Soit chez des malades atteints de tumeurs hypogastriques dont on recherche l'origine, soit enfin dans les cas de cancers sigmoïdiens latents dont les premiers signes sont du côté de la vessie.

Nous n'avons eu l'occasion d'une cystoscopie que chez une de nos malades Mme C. (obs. 49). Une occlusion intestinale avait imposé une typhlostomie. Un examen radiologique ultérieur avait précisé le siège de l'obstacle sur le côlon sigmoïde. La malade présentait des signes urinaires depuis un certain temps : besoin fréquent d'uriner, difficulté et douleur à la miction, urines troubles. Ces signes s'étaient plutôt aggravés après la typhlostomie. L'examen cystoscopique montra « quelques plaques ecchymotiques au niveau de la calotte et quelques bulles d'œdème disséminées surtout au niveau du trigone, des orifices urétéraux normaux ». Il existait en outre un petit polype urétral auquel furent attribués les troubles fonctionnels. Le polype fut enlevé et la malade parut soulagée par cette intervention. Cependant la crainte d'une propagation vésicale fit écarter l'idée d'une exérèse. Ce n'est qu'un an plus tard que la malade revint, avec un état général amélioré, et seulement à l'occasion d'un prolapsus de l'anus cœcal. Une exploration plus minutieuse sous anesthésie ayant permis d'apprécier la mobilité de la tumeur, l'intervention fut décidée. Le cancer trouvé sur l'anse sigmoïde ne présentait aucune adhérence et la vessie apparut absolument indemne.

Cette observation montre avec quelle prudence doivent être interprétés les signes vésicaux et cystoscopiques au cours d'un cancer sigmoïdien.

LA PYELOSCOPIE.

Cet autre examen « urinaire » peut parfois présenter un gros intérêt dans le diagnostic du cancer du côlon gauche. C'est dans les cas de tumeur du flanc gauche que l'on peut avoir recours à lui. Nous citerons comme exemple l'observation de Mme A. (obs. I) venue consulter pour des douleurs de l'hypochondre gauche. La palpation décelait une tumeur du flanc gauche. Deux clochers thermiques à 39° et 40° firent hésiter le diagnostic. Un examen pyéloscopique fut pratiqué dont voici le résultat : « rein en position normale. Bassinet normal et en position normale. Aucune relation entre le rein et la tumeur ». Un examen radiologique montra qu'il s'agissait d'un cancer de l'angle splénique.

RECHERCHE DU SANG DANS LES SELLES

Cette épreuve, faite avec les précautions voulues, est d'un élément très important et trop souvent négligé pour préciser sinon le siège, du moins la nature de la lésion colique soupçonnée.

L'ENQUETE RADIOLOGIQUE

Chaque fois que l'examen clinique a permis d'avoir un soupçon, fût-ce le plus léger, d'une lésion néoplasique du côlon et particulièrement du côlon gauche qui nous occupe, c'est à l'examen par le lavement opaque qu'il faut de toute nécessité et qu'il suffit en général d'avoir recours. Tout signe d'obstruction doit même faire interdire par prudence le complément d'un examen par voie orale. Mais nous avons vu avec quelle fréquence les signes cliniques restaient trop imprécis ou trop généraux (anémie, amaigrissement, fièvre) ou d'allure trop peu intestinale pour orienter immédiatement l'enquête vers le côlon. L'enquête radiologique est donc souvent entreprise ou sans idée préconçue, pour une exploration digestive systématique, ou avec une fausse idée préconçue pour une exploration gastrique ou vésiculaire. Plus par ses résultats négatifs que par ses résultats positifs, cette exploration peut permettre, non un diagnostic précis, mais une localisation des recherches sur le côlon.

EXAMEN PAR INGESTION OPAQUE

Son principal mérite est de préciser l'absence d'images pathologiques sur les premières voies digestives et sur la vésicule si l'examen a été complété par une cholécystographie.

L'attention peut être attirée par une importante *pneumocolie*. Cette distension gazeuse du côlon n'a bien entendu rien de caractéristique. Elle est très fréquente dans le cas de cancer colique, même lorsque celui-ci n'apporte pas une gêne importante au cours des matières. Sa présence doit toujours inciter à prolonger l'exploration jusqu'au côlon.

L'absence de signes gastriques ou duodénaux, éventuellement la pneumocolie, enfin, le caractère systématique de l'examen entrepris, doivent faire suivre la descente du repas opaque jusqu'à évacuation.

Alors que la traversée gastrique et iléale a été régulière, le repas opaque peut subir un retard important dans le côlon.

L'arrêt du transit ou un ralentissement important constituent deux bons signes d'alerte.

Ils peuvent manquer entièrement ou bien le ralentissement peut être assez modéré pour ne pas être mis sur le compte d'un obstacle organique. Quand il existe un ralentissement notable, il faut se souvenir que le ralentissement commence souvent très en amont de l'obstacle et peut être plus accusé en amont que sur l'obstacle lui-même.

Nous en arrivons enfin aux images recueillies par graphies après réplétion du côlon par ingestion opaque. Il faut dire qu'elles n'ont aucun caractère défini, qu'elles sont souvent trompeuses et qu'en aucun cas il n'est possible de s'y fier pour poser un diagnostic de cancer du côlon. Enfin elles manquent souvent quand le cancer n'est pas volumineux.

On peut trouver, soit une *dilatation colique* plus ou moins étendue en amont de l'obstacle, avec en général une *pneumocolie* importante, soit une déformation localisée du contour colique, le plus souvent un rétrécissement.

L'erreur la plus fréquemment commise par cette voie est, non d'ignorer un cancer, mais d'en voir un là où il n'existe pas.

Il faut se rappeler que *la réplétion colique par voie orale est toujours irrégulière et incomplète*. Les contractions du gros intestin, les spasmes localisés si fréquents segmentent d'une façon extrêmement capricieuse la masse opaque. Les dilatations localisées offrent à la baryte des poches où elle se glisse sans les mouler, les bulles gazeuses souflent la paroi autour de débris barytés et les images les plus tourmentées, les plus lacunaires, les plus laminées, peuvent apparaître sur le cliché sans qu'il existe aucune lésion organique vraie.

Pratiquement, l'examen par voie orale entrepris quand les

signes cliniques n'avaient pas orienté l'enquête sur le gros intestin, incite, par ses résultats négatifs, à passer au deuxième temps systématique de l'examen digestif : le lavement opaque.

Les résultats positifs sont trop incertains (aérocolie, dilatation colique, arrêt localisé du transit) ou trop trompeurs (images radiographiques) pour qu'on puisse se passer d'une confirmation par le lavement opaque.

LE LAVEMENT OPAQUE

Dès que la tumeur est inaccessible au rectoscope, le lavement opaque est la méthode de choix. Sauf certains cas d'urgence — occlusion aiguë, péritonite — qui ne laissent pas le délai d'un pareil examen, il n'existe pas de contre-indication au lavement opaque. Les accidents de perforation tels que ceux rapportés par SAFAR dans sa thèse, sont absolument évitables si l'on élimine les occlusions aiguës et si l'on utilise des pressions modérées.

La méthode du lavement opaque comporte :

1° *L'étude de la progression du lavement*, faite attentivement sous l'écran.

2° *L'étude des images recueillies pendant la réplétion opaque*.

3° *L'étude des images en « couche mince »*.

La préparation du malade comporte l'évacuation du gros intestin la veille et le matin même de l'examen, par un lavement à l'eau bouillie ou au sérum physiologique. Nous verrons que, pour l'étude en couche mince, cette préparation doit être particulièrement poussée.

La substance opaque la plus souvent utilisée est la baryte. Le lait opaque ne doit pas être trop épais, moins que pour l'estomac. Quand l'étude en couche mince s'impose, il y a intérêt à utiliser des solutions de thorium colloïdal.

A) PROGRESSION DU LAVEMENT.

Un examen préalable sans préparation doit préciser l'as-

pect radiologique de l'abdomen, repérer les ombres anormales qui pourraient s'y trouver et les distensions gazeuses du côlon.

L'envahissement rectal et la progression doivent être suivis sous l'écran jusqu'à réplétion cœcale, à moins d'arrêt définitif du lavement sur un obstacle.

Sur un intestin normal, la baryte envahit rapidement le rectum, subit souvent un léger temps d'arrêt à l'entrée du côlon sigmoïde. Ce temps d'arrêt paraît souvent augmenté quand le lavement chemine dans des sinuosités sigmoïdiennes dont l'ombre se projette sur l'image rectale et fait masse avec elle. Le côlon ascendant est le plus souvent envahi d'une seule lancée. Lorsqu'il existe de l'aérocolie cette progression peut se faire d'une façon plus saccadée. Arrivé à l'angle splénique, le liquide opaque ralentit sa course. Comme tout à l'heure pour le côlon sigmoïde, ce ralentissement est plus souvent apparent que réel et dû aux superpositions d'images des branches ascendantes et descendantes de l'angle splénique. Le lavement envahit ensuite le côlon droit.

En cas de tumeur colique, un signe capital peut être recueilli : c'est **l'arrêt du lavement en un point précis du côlon**. Signe capital mais sous la réserve de quelques précautions : Il faut bien avoir vérifié le bon fonctionnement du matériel : hock, conduit de caoutchouc, pinces d'ouvertures, canule.

Il faut modifier la situation de la canule dans le rectum, la retirer un peu pour éviter son coincement contre une paroi ou une valvule; il faut au besoin la sortir complètement pour vérifier le bon écoulement de la baryte. Il faut être assuré que l'ampoule rectale n'est pas obstruée par des masses fécales.

Ces précautions prises, l'arrêt complet du lavement indique avec une grande certitude l'existence d'un obstacle organique. Cette certitude est augmentée par *l'existence de la distension de segment sous-jacent* et souvent par le *reflux du lavement baryté*.

Il est exceptionnel qu'un simple spasme détermine un arrêt complet. Cependant, il existe chez certains colitiques une telle intolérance du côlon sigmoïde que, à l'arrivée de la baryte, il se produit une violente réaction, douloureuse, spasmo-

dique, qui fait refluer violemment la baryte, avant qu'on ait constaté la distension du segment sous-jacent.

En général, ce faux arrêt cède à la patience d'un lavement sous basse pression, ou, au besoin, après une préparation du malade par le bromure et la belladonne. En réalité, nous n'avons jamais eu d'erreur commise par cette confusion. *Quand l'arrêt est franc, persiste et s'accompagne de distension, on peut assurer l'existence d'un obstacle organique.* Sur douze de nos malades, c'est ce signe qui nous suffit à affirmer l'existence et le siège de la tumeur colique.

On trouve ce signe habituellement dans les cancers en virole serrée, ou dans le cas de grosses masses végétantes. Mais on est surpris de le trouver pour des cancers beaucoup moins sténosants, chez des malades dont la constipation est peu marquée, et à l'intervention desquels la lumière intestinale est trouvée beaucoup moins obstruée qu'on ne s'y attendait. Il faut penser que le courant rétrograde du lavement baryté, ou détermine des spasmes plus marqués que le passage en sens physiologique, ou qu'il soulève des valves de muqueuse complétant l'obstruction.

Le spasme surajouté joue sans doute le rôle le plus important et nous voyons telle malade, Mme A. (obs. I) chez qui un premier lavement baryté pénètre sans arrêt mais donne lieu à une image graphique de rétrécissement sur le côlon descendant, et chez qui, une semaine plus tard, un deuxième lavement est complètement arrêté et reflue à l'extérieur.

L'arrêt n'est pas toujours complet. Il est seulement *transitoire*, et sans élever la pression, on voit le lavement finir par franchir le passage difficile et envahir le reste du côlon.

Tantôt le segment résistant se remplit à son tour. Tantôt il reste vide entre les deux segments sus et sous jacents remplis. Très souvent dans ce cas le côlon sus-jacent est incomplètement rempli (obs. 50).

Cet arrêt transitoire a beaucoup moins de valeur que l'arrêt définitif. Un spasme suffit à le produire. Il est en particulier fréquent sur le côlon sigmoïde. Le fait de retourner le malade sur le ventre et de l'examiner dans cette position

permet souvent de voir se remplir et se calibrer normalement le segment litigieux.

De toute façon, ce sont les images recueillies par graphie qui permettent l'étude et l'interprétation de cet arrêt transitoire.

B) ETUDE DES IMAGES DE REPLETION.

Le fait qu'un lavement baryté a envahi entièrement le côlon ne permet nullement de conclure à l'absence d'un obstacle.

Lorsque le spasme ne vient pas y ajouter son appoint, les cancers marginaux, les cancers en fourreau, peu étroits, les cancers muriformes et même un certain nombre de cancers en virole, peuvent très bien laisser le passage à l'envahissement baryté.

C'est alors que peuvent intervenir les radiographies recueillies pendant la réplétion opaque.

Les images mises en évidence pendant la réplétion sont :

- Les images d'arrêt,
- Les images lacunaires,
- Les rétrécissements segmentaires,
- Les dilatations.

a) **Les images d'arrêt.** — Non seulement elles confirment le renseignement donné par l'étude de la progression opaque sous l'écran, et la notion d'une lésion organique, mais certains caractères de l'image peuvent permettre d'assurer ou de soupçonner la nature cancéreuse de l'obstacle.

Le siège d'élection des arrêts complets est sur le côlon sigmoïde. Tous ceux que nous avons observés se rapportaient à une tumeur de ce segment. Les tumeurs plus haut situées ont donné lieu à des altérations segmentaires, non à un arrêt absolu du lavement. Il n'est pas douteux que le spasme surajouté, qui est un élément important de cet arrêt absolu, joue davantage sur le côlon sigmoïde que sur les autres segments.

L'arrêt peut donner l'apparence d'une image arrondie, d'une sorte de poche dilatée régulière, où vient s'accumuler et se

mouler la substance opaque (fig. 1). Dans beaucoup de cas; il s'agit d'une fausse apparence. Le bout terminal de la progression confond son image altérée dans l'ombre dense et élargie de l'ampoule rectale. C'est ainsi qu'on le voit surgir dans la figure 2 de l'ombre rectale comme une petite crête sur la masse arrondie. Quand, soit en position frontale, soit dans les positions obliques dont nous indiquerons plus loin la nécessité, on isole la terminaison vraie de l'image, elle apparaît presque toujours irrégulière. Elle peut être en cratère à fond irrégulier. Du fond du cratère ou des bords, part une flammèche plus ou moins fragmentée. Sa terminaison se fait aussi par un prolongement dentritique (fig. 3), ou par des prolongements parcel-laires. Toutes ces irrégularités, et particulièrement la forme en cratère, sont presque caractéristiques de la nature néoplasique de l'obstacle.

b) **Les images lacunaires.** — La lacune creuse une coupe arrondie à fonds irréguliers dans le contour colique tantôt minime comme la loge d'une noisette, tantôt étendue sur plusieurs centimètres. Elle peut être centrale réservant une zone moins foncée dans l'opacité de la baryte. Dans l'ensemble des soixante cinq cas qui motivent cette étude, nous n'avons pas rencontré d'images lacunaires.

c) **Les images de rétrécissement.** Après les images d'arrêt, ce sont les images de *rétrécissement segmentaire* que nous avons rencontrées le plus souvent.

Le rétrécissement porte sur une longueur très variable. Tantôt simple section de 2 ou 3 cm. (fig. 4 et 8); tantôt étendu sur 10 ou 12 cm. (fig. 5 et 6). Dans ce dernier cas, l'image correspond, non seulement à la tumeur, mais aussi aux régions voisines, sièges de lésions inflammatoires et de spasmes.

Le rétrécissement apparaît quelquefois bien axial (fig. 5). D'autre fois, la stricture se fait au dépend d'un seul bord. Il est rare que les bords du rétrécissement soient réguliers. Presque toujours il existe des découpures des bords, des boursofflures, une fragmentation de la baryte à l'intérieur du canal rétréci, quelquefois un émiettement de la substance opaque (fig. 6).

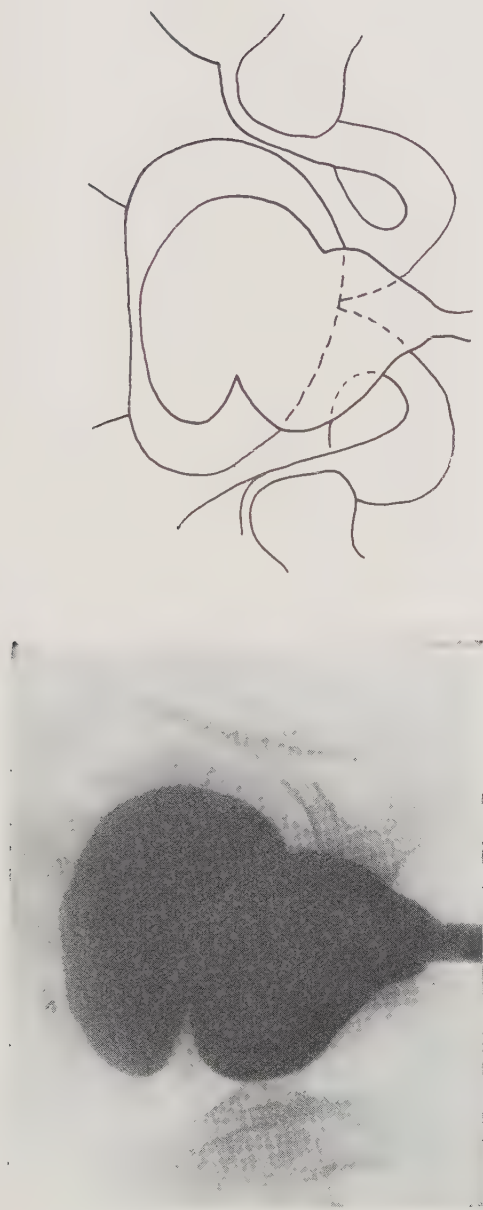


FIG. 1. — Arrêt absolu type arrondi. Le véritable arrêt est masqué par la superposition des images.
(Mme N... Obs. 61).



FIG. 2. — Arrêt absolu. Type arrondi. Emergence « en crête » du bout arrondi au-dessus de l'image rectale.
(M. D., Obs. 17).



FIG. 3. — Arrêt avec prolongement dendritique.
(M. T... Obs. 20).

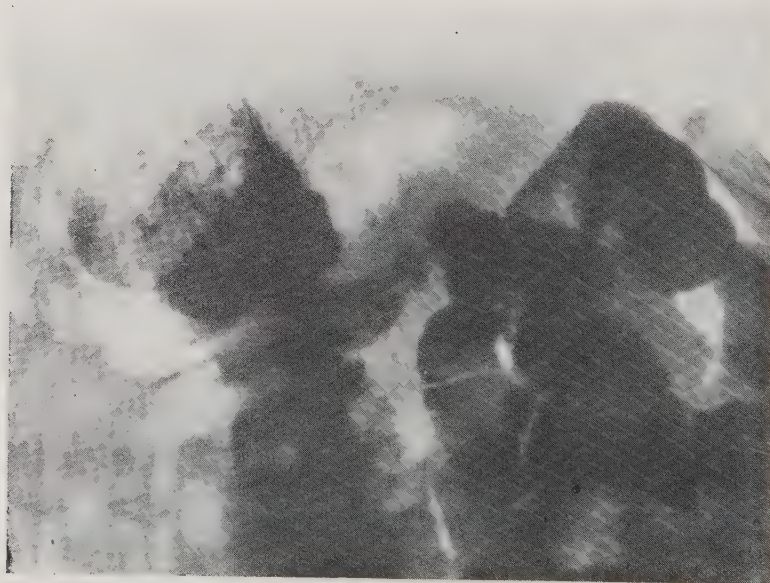
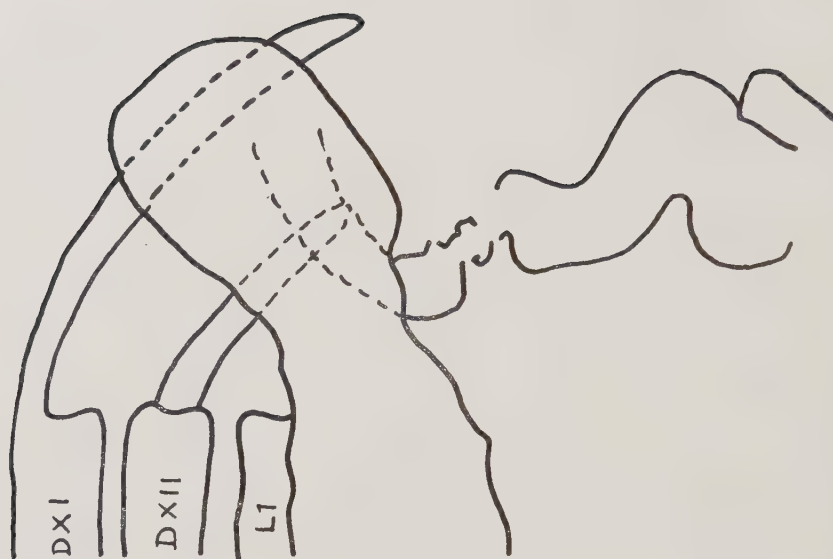


FIG. 4. ... Rétrécissement du côlon descendant masqué en partie par une boucle du côlon transverse.
(M. D... Obs, 34).



FIG. 5. — Rétrécissement long, axial et presque régulier.
(Mlle B., Obs. 42).

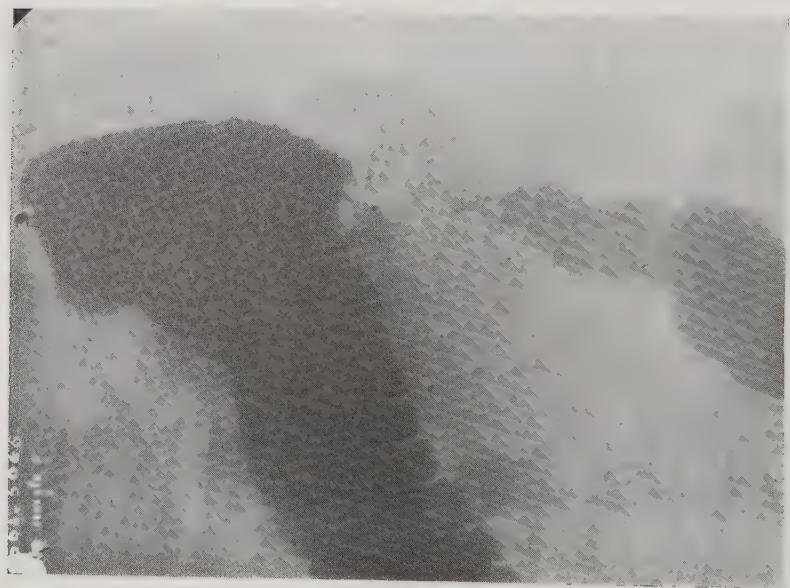


Fig. 6. — Rétrécissement du côlon descendant. Aspect progressif. Emiettement de la baryte.
(M. S., Obs. 40).

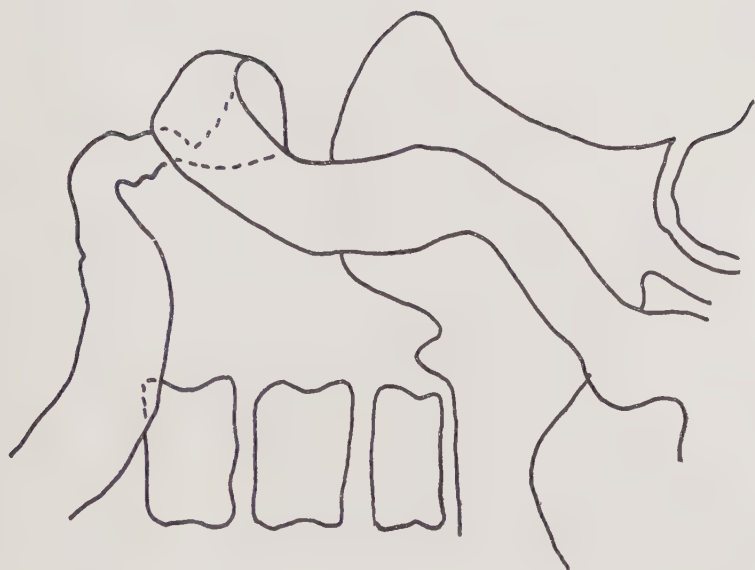


Fig. 7. - - Rétrécissement masqué en partie par une boucle du côlon descendant.
(M. B., Obs. 46).

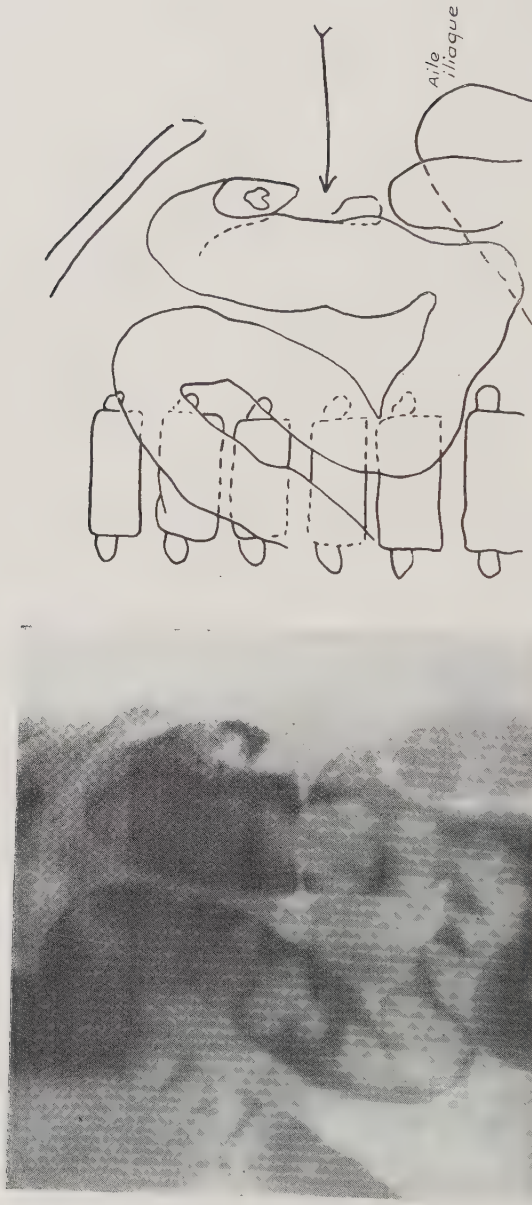


FIG. 8. - Petite soufflure entre deux rétrécissements sur le colon descendant.
(Mme G... Obs. 35).

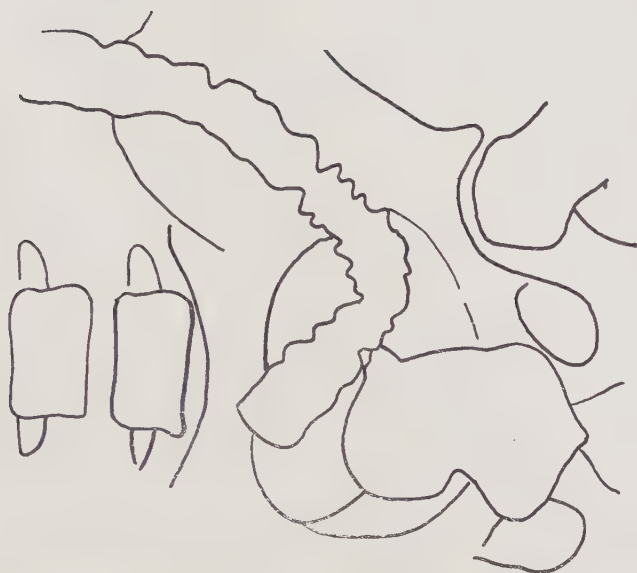
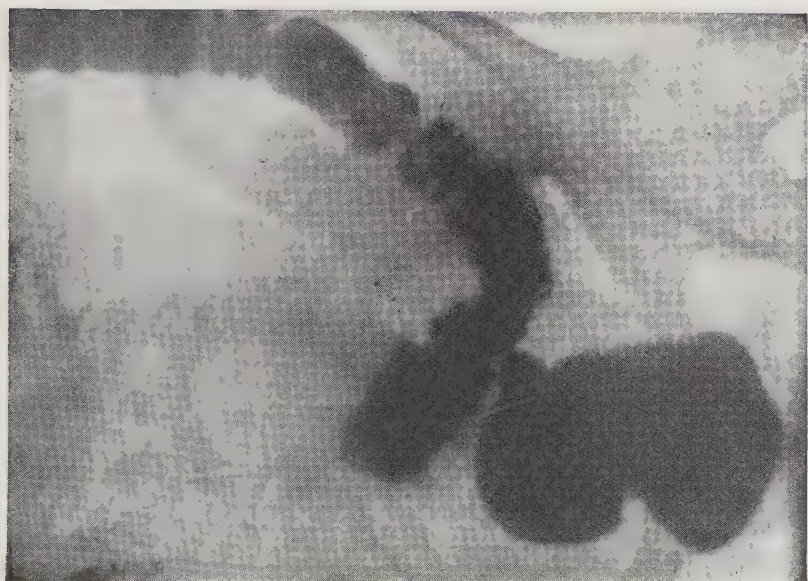


FIG. 9. — Rétrécissement du côlon sigmoïde masqué par l'ampoule rectale en position frontale (M. G...).

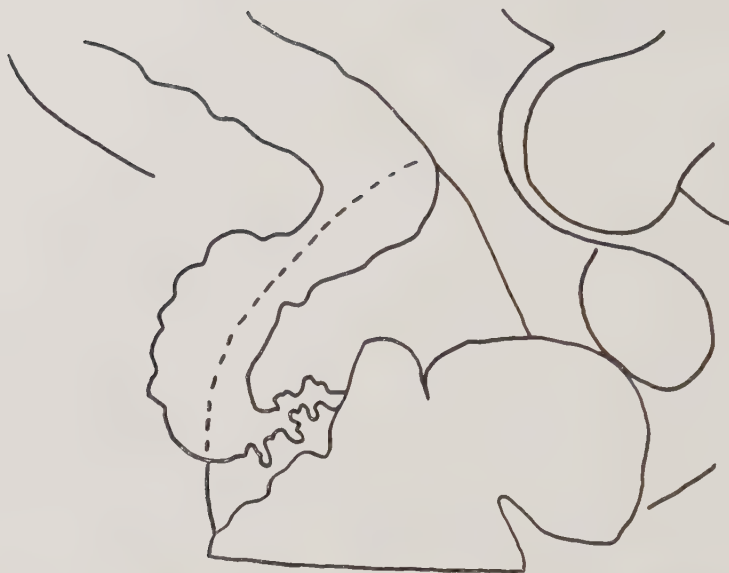
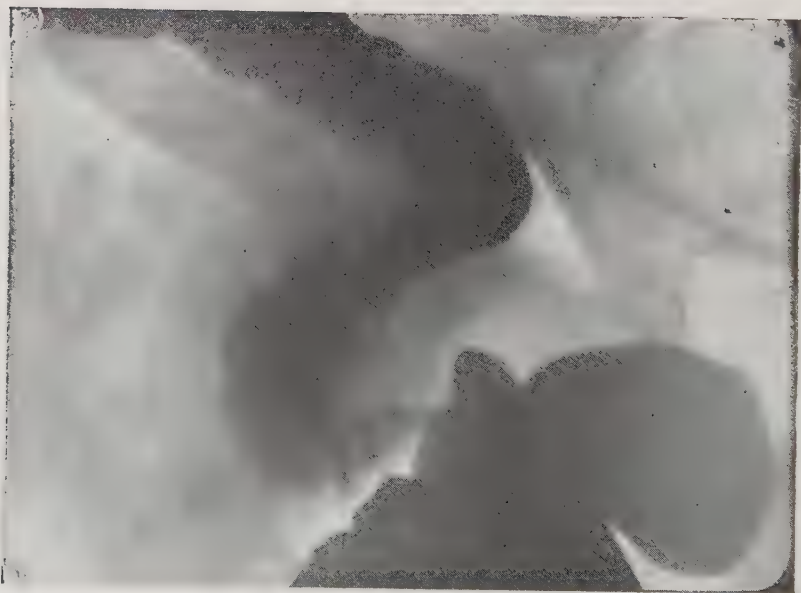


FIG. 10. Le même rétrécissement que sur la fig. 9, démasqué entièrement, en position oblique. (M. G...).

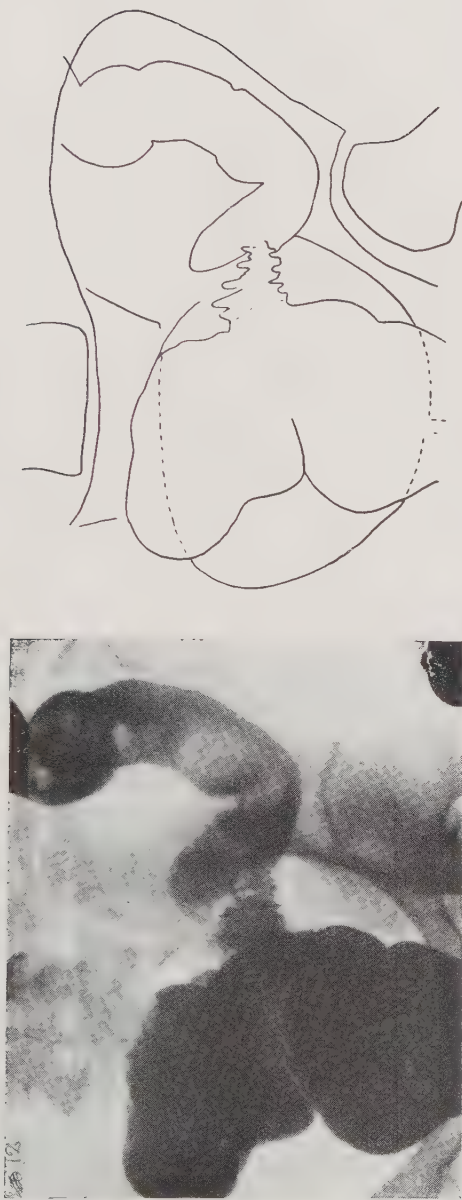


FIG. 11. — Cancer du côlon sigmoïde. Image en « accordéon ».
(Mme V., Obs. 50).

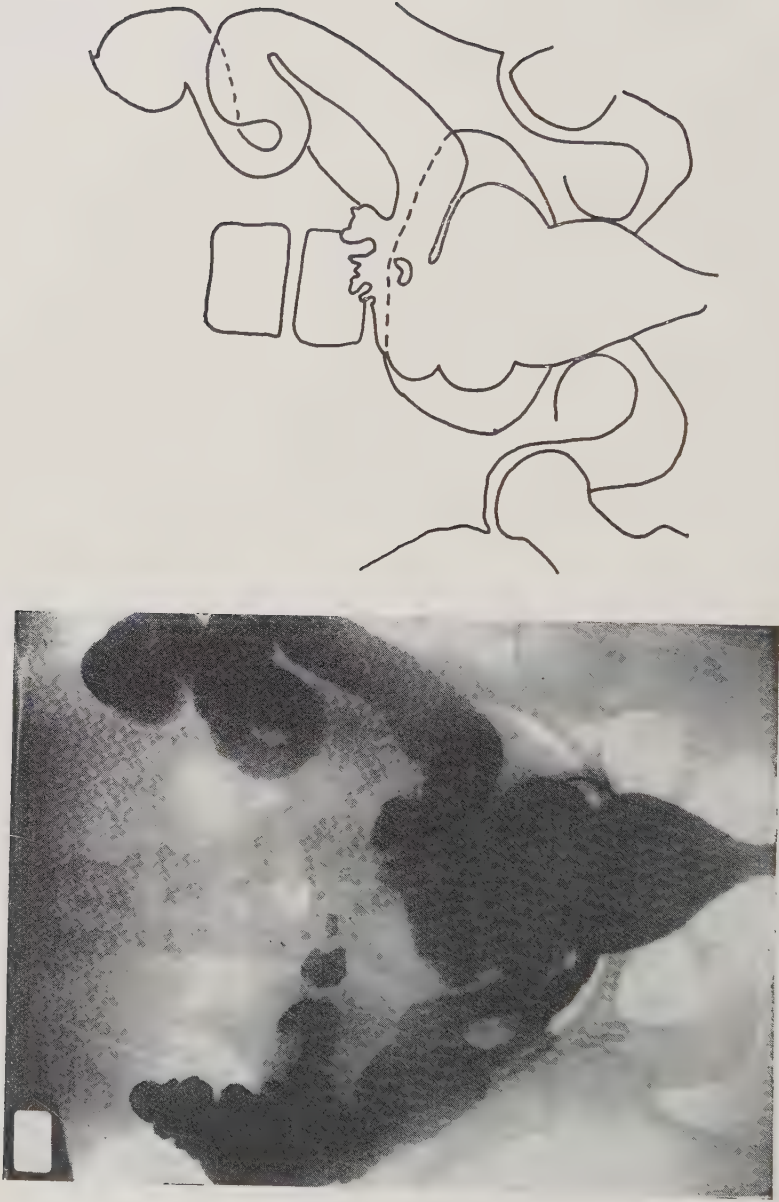


FIG. 12. Altération segmentaire du côlon sigmoïde en partie masquée par l'image rectale.
Image de cancer du sigmoïde. En réalité : sigmoïdite localisée. (Mme B...).

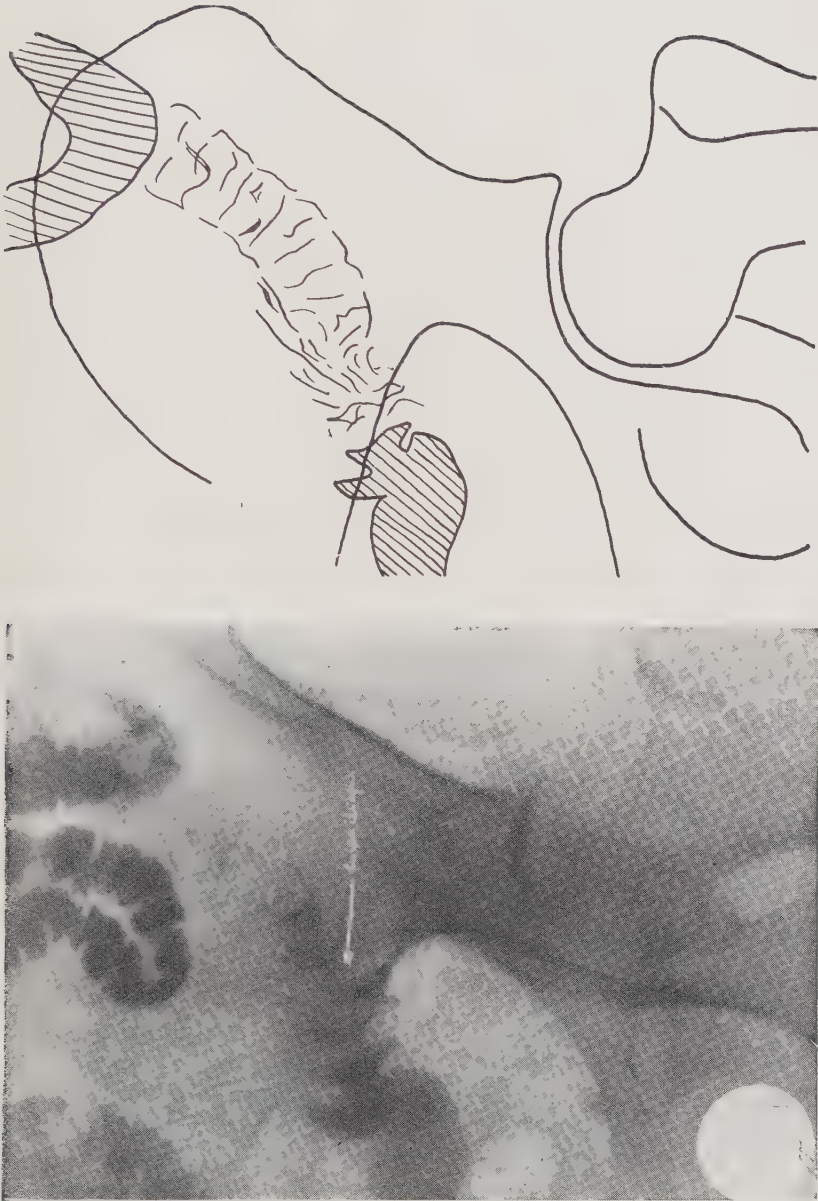


FIG. 13. — Image après évacuation partielle et insufflation.
Altération des plis muqueux et du contour de « sécurité ». (Mme P...).

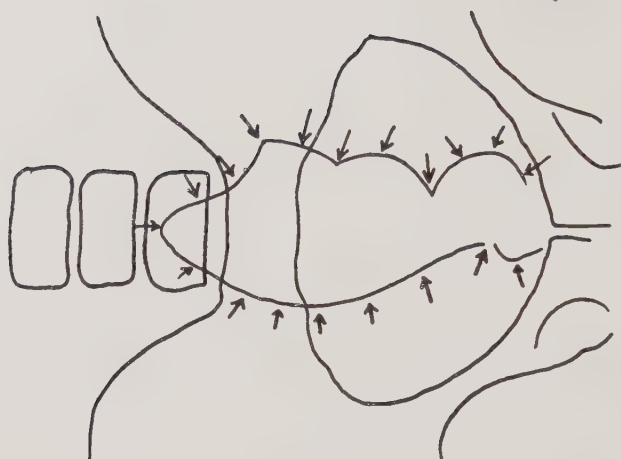
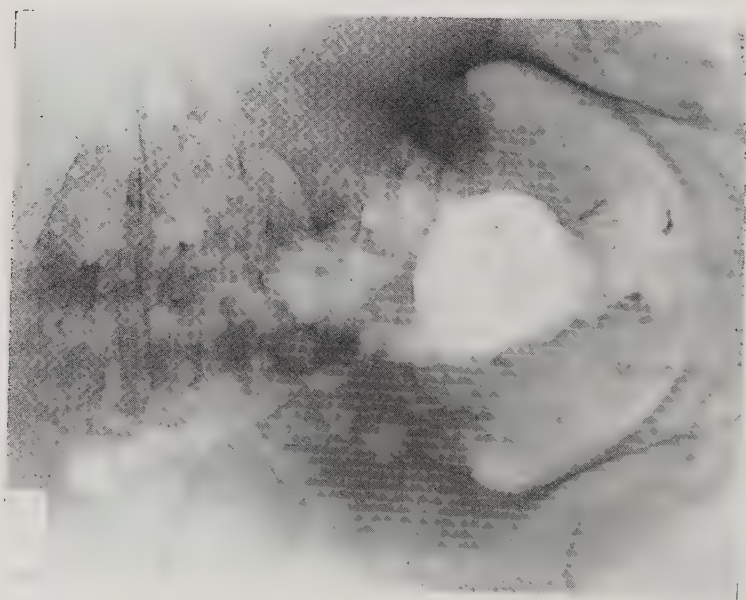


FIG. 14. — Cancer du côlon sigmoïde.
Image après évacuation et insufflation : distension gazeuse. (M. J., Obs. 27).



FIG. 15. Altération segmentaire du côlon sigmoïde en partie masquée
par l'image rectale. (M. J...).



FIG. 16. — Même malade que fig. 15. Après évacuation partielle et insufflation. Image nette de diverticulose. (M. J...).



FIG. 17. Rétrécissement spasmodique. Intervention chirurgicale. Intégrité du colon. (Mme B...).

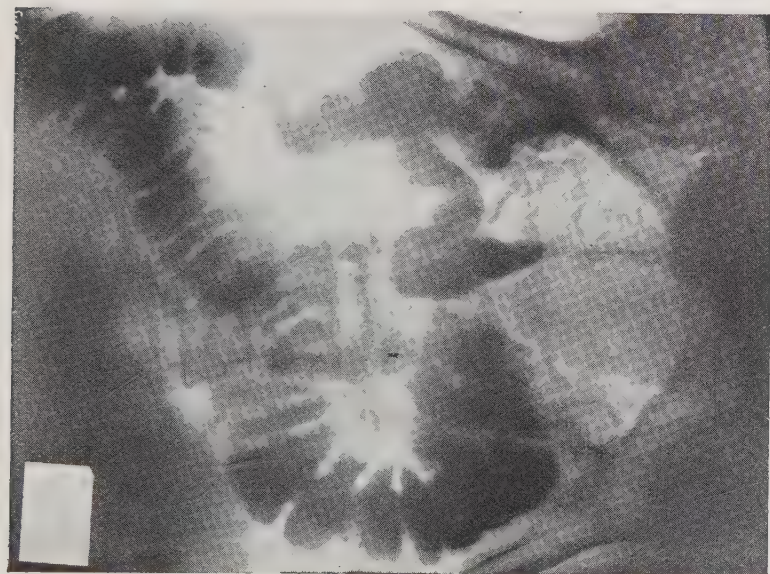


FIG. 18. — Spasmes multiples : l'un typique sur le rectum, l'autre d'allure plus trompeuse sur le colon descendant. (M. S...).



Fig. 19. — Infiltration limitée de l'anse sigmoïde.
(Mme I.)



Fig. 20. — Même malade que fig. 19 après évacuation et insuflation. Remarquer l'arrêt de l'évacuation en amont de la lésion et l'arrêt de l'insuflation en aval. (Mme I.).



FIG. 21. — Rétrécissement du côlon sigmoïde, mis en évidence par la double injection barytée :
injection par l'anus, injection par la cœcostomie. (M. B... Obs. 7).

Enfin, presque toujours les segments sus et sous-jacents présentent des altérations des bords. Ces altérations peuvent être assez réduites, (fig. 5 et 8) ou s'étendre au contraire fort loin. Encore arrive-t-il qu'une partie du segment altéré soit en position frontale, masquée par des sinuosités ou des ombres superposées (fig. 4, 7 et 8).

Outre les altérations du contour du segment rétréci, il est une déformation qui ajoute un élément important à la signification organique du rétrécissement : c'est la *dilatation sous-jacente*.

Cette dilatation porte naturellement sur l'ampoule rectale quand la tumeur siège sur l'anse sigmoïde. Nous en voyons une nette image sur la figure 9. Quand la tumeur siège plus haut sur le côlon descendant ou l'angle splénique, on n'a pas, en général, de dilatation sous-jacente nette (fig. 6 ou 7). Mais il existe assez souvent une dilatation de l'ampoule. La contre pression, due au rétrécissement, s'exerce à distance sur le segment le plus facilement dilatable, sur l'ampoule rectale, de la même manière que cliniquement et dans le sens physiologique du courant colique on trouve le cæcum dilaté, même pour un rétrécissement du côlon gauche (fig. 5).

d) **Autres altérations du contour colique.** — Le contour colique peut être altéré sans images vraiment lacunaires ou vraiment rétrécies. Souvent il s'agit d'images voisines des *images en accordéon* décrites autrefois comme pathognomoniques de la diverticulose (fig. 11).

D'autres images sont encore plus atypiques et c'est souvent la dilatation de l'ampoule qui, jointe aux signes cliniques, donne leur signification à ces images.

INSUFFISANCES ET ERREURS DE L'EXAMEN EN RÉPLÉTION OPAQUE.

1°) **La réplétion opaque peut laisser ignorer le cancer.**

Il en est ainsi lorsqu'il s'agit d'un épithélioma peu développé, muriforme trop petit pour imprimer son image en clair dans l'opacité barytée, d'un épithélioma en fourreau dont le

calibre est encore peu réduit, même d'un cancer en virole, quand la tranche intéressée est trop étroite et comme noyée dans l'image générale.

Même un cancer plus développé peut passer inaperçu quand s'associe à ce cancer un dolichocôlon, ou mieux encore un mégacôlon. Cette association, diversement interprétée du point de vue pathogénique, est assez fréquente. Le lavement baryté révèle l'existence du dolichocôlon. Non seulement la masse des circonvolutions coliques masque l'image néoplasique, mais cette révélation radiologique fournit malheureusement à l'esprit une explication possible et souvent suffisante des troubles accusés : douleurs, constipation, poussées de colite. On ferme le diagnostic sur cette image sans pousser plus loin un examen qui pourrait cependant, par des techniques plus étudiées, mettre en évidence le cancer.

Voici une de nos malades, Mme B. (obs. 56) qui est constipée depuis son enfance. Elle s'inquiète seulement depuis quelque temps de pertes de sang rouge à chaque selle et même entre les selles. Un lavement baryté a révélé un mégacôlon généralisé avec grosse dilatation du segment rectal. Le toucher rectal et vaginal a décelé la présence d'une masse dans le petit bassin, masse qui paraît être utérine ou annexielle. L'intervention chirurgicale montra qu'il s'agissait d'un gros cancer du côlon pelvien.

Un deuxième exemple de cette erreur nous est fourni par l'observation 65. M. S..., vient à la consultation pour une constipation de plus en plus marquée avec douleurs abdominales. Un lavement baryté montre une image du gros mégacôlon. On décide une colectomie totale en trois temps. On fait d'abord une iléosigmoïdostomie, puis une exclusion du côlon que l'on ouvre aux deux bouts. On fait alors des lavages d'intestin et l'on constate que l'eau introduite par l'un des bouts n'est jamais ressortie par l'autre. La colectomie donne l'explication de ce fait, en montrant la présence d'un cancer de l'angle gauche que la radiographie n'avait pas révélé.

On voit donc que avant de se contenter du diagnostic de mégacôlon ou de dolichocôlon, lorsqu'il existe des signes cliniques

atypiques, il ne faut pas craindre de recommencer l'examen plusieurs fois et dans des conditions différentes.

Certaines positions du cancer peuvent suffire à le masquer même sans mégacôlon. Le cancer qui peut passer le plus facilement inaperçu est celui de certaines anses sigmoïdiennes dont l'image se projette entièrement sur l'image rectale (fig. 9).

Il en est de même de certains cancers n'occupant que la face antérieure ou postérieure du côlon descendant. Enfin le cancer de l'angle gauche échappe facilement à l'examen tant à cause de sa situation haute sous-thoracique que de la superposition ou de la juxtaposition étroite des deux branches de l'angle ou du moins de leurs images et de la formation fréquente à ce niveau de boucles surnuméraires (fig. 4 et 8).

Nous avons dans nos observations un cas bien typique : c'est celui de M. D. (obs. 34). Ce malade fut examiné radiologiquement à plusieurs reprises et opéré plusieurs fois pour des phénomènes occlusifs à répétition. Ce n'est que lors du quatrième examen radiologique que l'on découvrit la véritable cause de l'occlusion : un cancer de l'angle splénique que l'intervention révéla inextirpable (fig. 4).

C'est pour toutes ces raisons qu'un examen négatif ne peut être tenu pour valable s'il n'a été fait qu'en position frontale. *Il est absolument indispensable de compléter l'examen radioscopique et les graphies frontales par des examens et des graphies en oblique.*

Nous voyons sur la fig. 9, un cancer sigmoïdien presque complètement masqué par l'ampoule rectale. Sur la fig. 10, prise en oblique, il se dégage complètement.

Remarquons aussi sur les figures 4, 7 et 8, trois cancers du côlon descendant masqués en partie par une boucle typique. Il est certain qu'une graphie en incidence oblique dégagerait le segment altéré.

2°) La réplétion peut donner lieu à des images prises faussement pour des images de cancer.

Les images de spasme colique sont en général assez reconnaissables, par leur régularité, et par la persistance dans leur

axe de plis d'apparence normale. Pourtant certaines images sont troublantes. Celle de la fig. 17 entraîna la malade jusqu'à une laparotomie qui révéla l'intégrité du côlon. Si nous la rapprochons de la fig. 5, cas dans lequel il existait bien un cancer, nous voyons l'étroite parentée des deux figures. Lorsqu'il y a le moindre doute, il faut pratiquer un deuxième examen après mise au repos du malade et administration de bromure et de belladone. Nous citerons ici le cas de ce vieillard de quatre vingts ans, venu consulter pour de la constipation et chez lequel on percevait une tumeur de l'hypocondre gauche. A la radio (fig. 18) un rétrécissement du côlon descendant avec un côlon très spasmé. Une bronchite providentielle retarde l'intervention et permet un deuxième examen radiologique qui montra un côlon normal.

Plus que les images de spasme, les images *d'infiltration inflammatoire segmentaire* prêtent à de véritables confusions. Le problème est quelquefois extrêmement difficile. Une de nos malades (fig. 11) présentait une image pour laquelle le diagnostic radiologique inclinait vers la diverticulose. Pour des raisons cliniques cette malade fut opérée. A l'intervention on trouva un cancer du côlon sigmoïde.

L'erreur inverse peut être commise. Voici une malade dont l'image radiologique (fig. 12) imposait le diagnostic de cancer du côlon sigmoïde. Il s'agissait en réalité d'une sigmoïdite localisée.

3°) Même lorsque les images de réplétion permettent un diagnostic assuré de cancer, elles peuvent être insuffisantes pour préciser l'étendue de la lésion.

Dans beaucoup de cas, nous l'avons vu, les images de réplétion sont des images d'arrêt. En ce cas elles révèlent seulement le pôle inférieur de la tumeur et n'apportent au chirurgien aucune précision sur la limite supérieure ni sur le degré de rétrécissement étant donné le rôle important du spasme dans ces images d'arrêt.

Pour toutes ces raisons, on a cherché à appliquer au côlon

les techniques de « couche mince » qui avaient fait leur preuve pour l'estomac.

C) LES IMAGES EN COUCHE MINCE

Le procédé consiste à donner un lavement opaque à le faire évacuer et à radiographier ainsi le côlon tapissé d'un simple vernis opaque. Une insufflation d'air augmente la netteté des images et les contrastes. Le lavement opaque peut être un lavement baryté bien homogène. On obtient de meilleures images en remplaçant la baryte par une solution colloïdale de thorium.

Les images radiographiques sont caractérisées :

1° *Par un contour linéaire opaque, régulier*, qui dessine admirablement le profil du côlon; c'est le « *liseré de sécurité* ».

2° *Par le dessin des plis de la muqueuse*. Pour une muqueuse saine le dessin des plis apparaît comme une « broderie délicate et bien définie », où il semble que la moindre altération doive s'inscrire et se révéler. Les plis transversaux prédominent encore sur la partie haute du côlon descendant, ils tendent à faire place peu à peu à des plis longitudinaux.

De belles images ont été publiées où une tumeur intestinale au début apparaissait sans conteste alors que le lavement opaque l'avait méconnue. Un cancer réduit à un simple bourgeon s'il est marginal brise le beau dessin du liseré de sécurité et l'invagine pour ainsi dire dans la lumière colique. S'il est développé sur une face il donne une tache qui suggère l'idée d'un bourgeon. Plus avancé, il détruit les plis muqueux. Dans les cancers infiltrants en fourreau ou en virole on trouve aussi une altération dentelée ou épineuse du liseré de sécurité, une altération ou un effacement des plis muqueux, une inextensibilité à l'insufflation.

Nous donnons (fig. 13) l'image des altérations des plis dans un cancer iliaque et d'autre part (fig. 14) l'image d'arrêt d'une insufflation d'air après évacuation d'un lavement baryté.

Nous n'avons pas toujours utilisé la méthode en couche mince et il est possible, pour un certain nombre de cas où le diagnostic de cancer fut écarté, que nous soyons passé ainsi à

côté d'une tumeur au début que nous aurait peut-être révélé la méthode en couche mince. Nous devons dire cependant que dans les cas où elle fut utilisée, elle n'a jamais montré un cancer là où il n'avait pas été vu sur les images de réplétion.

Par contre elle nous a permis d'écarter le diagnostic de cancer dans des cas où le lavement opaque laissait dans l'hésitation. Voici un de ces cas et les images qui s'y rapportent :

En février 1937, Mme J., 45 ans, qui avait déjà présenté quelques incidents intestinaux, fut prise de douleurs vives dans la fosse iliaque gauche avec d'abord constipation, puis débacle diarrhéique. La température monta à 38°5, 39°. Une rectoscopie montra à environ 20 cm. une muqueuse sigmoïde rouge, enflammée. Le rectoscope ne pouvait progresser plus loin. Soit coïncidence, soit traumatisme instrumental, l'exploration déclancha une évacuation abondante de pus. La chute rapide de la fièvre permit une semaine plus tard un examen radiologique. L'image par lavement opaque (fig. 15) révélait l'existence d'une altération segmentaire de l'anse sigmoïde. Cette altération masquée en partie par l'image rectale, rapprochée des signes intestinaux et de l'âge de la malade fit envisager l'hypothèse d'un cancer.

L'examen après évacuation de la baryte et insufflation d'air révéla au contraire avec la plus grande netteté (fig. 16) l'existence d'une belle diverticulose et permit d'écarter la solution chirurgicale.

Voici encore (fig. 19) une image d'infiltration segmentaire de l'anse sigmoïde déjà bien visible en « réplétion », mais plus nettement encore précisée et confirmée après évacuation et insufflation (fig. 20). Cette dernière image met en outre en évidence deux signes que nous avons souvent rencontrés en pareil cas : d'une part *l'arrêt de l'insufflation sur la lésion* (voir aussi fig. 14), d'autre part *l'arrêt de l'évacuation au-dessus de la lésion*. Ces deux signes peuvent exister même quand la lésion n'est pas très sténosante et n'arrête ni le lavement baryté, ni l'évacuation du côlon après ingestion barytée.

Notre conclusion est que cette méthode doit entrer systématiquement dans l'exploration complète du gros intestin, d'au-

tant plus que sa technique complice en somme très peu la technique habituelle du lavement opaque.

Cependant il faut savoir que l'interprétation des images en couche mince reste encore extrêmement délicate. L'altération d'une partie du liseré, l'existence de taches opaques ou de taches plus claires, le dessin d'un bourgeon, la modification des plis, n'auraient de signification pathologique valable et sûre que si l'on était certain d'avoir opéré sur une muqueuse parfaitement propre, débarrassée de tout débris fécal, de tout mucus, sur laquelle la substance barytée ou colloïde se dépose et se fixe sans autre « mangue » et sans autre « accrochage » que ceux d'une ulcération ou d'une prolifération. Malgré toutes les précautions qu'il est recommandé de prendre (lavement évacuateur la veille à l'eau de savon, lavement de sérum physiologique trois heures avant l'examen) nous sommes loin d'être sûrs d'une telle propreté de la muqueuse. Dans l'état actuel de la technique, si cette méthode peut avoir la chance d'apporter un diagnostic qu'avait ignoré la méthode de réplétion, cette chance, il faut le dire, est rare et les images décrites ou fournies par la couche mince sont d'une interprétation délicate et souvent hasardeuse.

MODIFICATIONS APPORTÉES PAR DES CIRCONSTANCES SPÉCIALES A LA MÉTHODE RADIOLOGIQUE.

1°) **En cas d'occlusion aiguë**, l'état du malade peut être tel qu'il ne permette pas la fatigue et les difficultés d'un lavement opaque.

On sait dans ce cas quels renseignements on peut tirer d'un examen en station verticale sans aucune préparation. Nous n'y insisterons pas pour ne pas entrer dans le vaste chapitre du diagnostic des occlusions.

2°) **En cas de caecostomie**. Il arrive souvent, nous l'avons vu, que le malade est opéré d'urgence pour une occlusion aiguë et que l'on pratique chez lui une typhlostomie. Dans les semaines

qui suivent tout est mis en œuvre pour préciser la nature et le siège de l'occlusion.

En pareils cas il est une excellente méthode : celle qui combine le lavement opaque avec l'injection de substance opaque par la caecostomie. Nous en donnons une image (fig. 21) qui montre la limitation de la lésion par la double injection.

3°) **En cas de dérivation interne** (iléo-sigmoïdostomie, transverso-colostomie) il est utile et intéressant de contrôler radiologiquement le fonctionnement de la bouche. Il faut dans ces cas faire l'examen après ingestion d'un repas opaque qui montrera si l'évacuation est normale. On aura la surprise de voir très souvent le côlon rempli de baryte. Une partie de celle-ci passe par la bouche et est évacuée, l'autre partie « reflue » dans le gros intestin. Ceci explique le ballonnement qui persiste chez de tels malades et c'est la raison pour laquelle, comme nous le verrons plus loin, les dérivations internes sont au point de vue fonctionnel des opérations médiocres.

Un lavement baryté, permettra, dans de tels cas, d'apprécier la perméabilité de la bouche.

Ainsi donc, le lavement baryté revêt dans le diagnostic du cancer du côlon gauche une valeur considérable. Dans certains cas cependant, il laisse le diagnostic hésitant. La nature de l'affection sera, dans ces cas, affirmée par la laparotomie exploratrice que nous allons maintenant étudier.

LA LAPAROTOMIE EXPLORATRICE

Sur un sujet en état d'occlusion du gros intestin, on se borne généralement à faire une typhlostomie. Dans ces conditions aucune exploration n'est possible ni souhaitable. Il y a une trentaine d'années, alors que les techniques radiologiques n'étaient pas encore aussi précises qu'aujourd'hui, il était classique de faire la laparotomie exploratrice dans un second temps, au bout de deux ou trois semaines, lorsque l'abdomen s'était affaissé. En l'absence de signes de localisation, on faisait la laparotomie médiane, bonne pour l'exploration, mais souvent impropre au traitement. Alors il fallait faire une troisième laparotomie, adaptée au siège de la tumeur.

Actuellement il n'en est plus ainsi. Il est bien rare que les moyens d'exploration dont on dispose ne donnent pas au moins des signes de présomption en faveur de telle ou telle localisation, si bien que la même incision permet de reconnaître la tumeur et tout aussitôt de la traiter.

Intérêt de la laparotomie dans le diagnostic.

L'étude de nos observations met en valeur l'importance de la laparotomie exploratrice dans le diagnostic du cancer colique gauche. Divers cas peuvent se présenter :

1°) Tantôt, et c'est le cas habituel, l'on recherche par laparotomie une tumeur dont le diagnostic est déjà fait. On trouve, dans la majorité des cas, le cancer au siège exact où la clinique et la radiologie l'ont situé.

2°) Dans d'autre cas, il nous est arrivé de chercher la tumeur par laparotomie, et de ne pas la trouver alors qu'elle existait.

Le cas de M. D..., 58 ans (obs. 34) est tout à fait typique. Ce malade est vu en occlusion. On fait une typhlostomie. Par la suite, un examen radiologique fait supposer un obstacle sur le côlon sigmoïde. Une laparotomie fait découvrir une mésosigmoïdite rétractile. L'anse sigmoïde est réséquée après extériorisation. Malgré cela il persiste un état de subocclusion, sur lequel se greffent plusieurs crises d'occlusion nécessitant la recouverture de la typhlostomie et une laparotomie médiane. Ce n'est que six mois après le premier accident que l'obstacle fut reconnu. Une incision de l'hypocondre gauche découvre alors « très haut, au sommet de l'hypocondre gauche, en dedans et au-dessus de la rate un petit squirrhe, gros comme un marron, étroitement adhérent au diaphragme, impossible à décoller ».

Dans ces cas en effet, l'erreur peut être due au volume réduit de la tumeur, mais surtout à son siège. Il s'agit le plus souvent de tumeurs de l'angle splénique, situées tout en haut et au fond de l'hypocondre gauche. A ce niveau, le cancer est impossible à voir, difficile à palper.

3°) Parfois la laparotomie recherche une tumeur déjà diagnostiquée et la trouve à un siège différent de celui où la clinique et surtout l'examen radiologique l'avaient située.

Certains de nos malades ont été opérés avec le diagnostic de cancer du côlon iliaque ou ilio-pelvien. A l'intervention la tumeur fut découverte plus bas qu'on ne la supposait. Elle se trouvait sur l'anse sigmoïde parfois même très bas sur celle-ci. Ces erreurs sont dues à la distension et à l'allongement de l'anse sous-jacente par le lavement baryté (obs. 33 par exemple).

Un autre de nos malades fut opéré avec le diagnostic de cancer du côlon sigmoïde. Le cancer se trouvait en réalité, comme le montra la laparotomie, sur le côlon transverse. Il existait des adhérences qui unissaient étroitement le côlon transverse et l'anse sigmoïde. Il est évident que chez ce malade la ptose du transverse et ses adhérences au sigmoïde expliquent l'erreur de localisation.

4°) Dans des cas beaucoup plus rares, il arrive que l'on recherche par laparotomie une tumeur et qu'on ne trouve rien.

Nous avons un exemple frappant de ce fait dans l'observation suivante : M. B..., 62 ans, est vue le 17 mai 1931 en occlusion. Une image radiologique révèle l'existence d'une zone rétrécie sur le côlon descendant. La notion d'une occlusion jointe à cette constatation, fait porter le diagnostic de cancer. On fait une laparotomie iliaque gauche. Le côlon est intact. Il s'agissait en réalité comme le montra l'évolution, de crises rénales liées à une pyélonéphrite lithiasique ayant entraîné un spasme intense du côlon et des signes d'occlusion. L'image radiographique (fig. 17) doit être interprétée comme celle d'un spasme.

5°) Parfois la laparotomie est faite pour un cancer soupçonné cliniquement et trouve une lésion toute différente. Cette lésion peut siéger sur le côlon. Dans des cas plus rares, il s'agit de lésion d'un autre organe : ovaire, trompe, rein, etc...

6°) Inversement, chez plusieurs de nos malades, la laparotomie fut faite avec des diagnostics divers et c'est le ventre ouvert que le cancer fut reconnu alors qu'on ne le soupçonnait pas. En effet les troubles qu'il entraînait avaient été rapportés à tout autre chose.

Mme C..., 26 ans (obs. 3) est vue en occlusion. On fait une typhlostomie qui permet de voir des granulations sur le péritoine et de l'ascite. On pose le diagnostic de péritonite tuberculeuse. La laparotomie exploratrice faite trois semaines plus tard révèle un cancer du côlon descendant inopérable : les granulations étaient des grains carcinomateux. M. D..., 47 ans (obs. 41) présentait une histoire clinique et des images radiologiques qui faisaient penser à une diverticulose. La laparotomie montra que les troubles accusés étaient en rapport avec un cancer du côlon pelvien.

Chez Mme C..., 54 ans (obs. 57) le diagnostic posé était : nécrobiose de fibrome. La laparotomie médiane montra que la masse que l'on sentait par le toucher vaginal était en réalité un gros cancer encéphaloïde recto-sigmoïdien qui put être enlevé.

Enfin deux de nos malades (obs. 56 et 65) ont été opérés avec le diagnostic de mégacôlon. La laparotomie montra dans les deux cas qu'il existait en outre un cancer que l'examen ra-

diologique n'avait pas permis de soupçonner. Ces deux exemples montrent avec quelle prudence le diagnostic de mégacôlon doit être posé et avec quel soin, surtout s'il existe des signes cliniques atypiques, il faut rechercher l'existence d'un cancer que peut masquer le mégacôlon.

7°) Dans tous ces cas, la laparotomie découvrit le cancer qui s'était cependant manifesté cliniquement. Elle redressa en quelque sorte le diagnostic. Dans les deux observations qui suivent, au contraire, il s'agit de véritables découvertes par laparotomie d'un cancer à peu près latent.

Mme D., 48 ans (obs. 37) est opérée pour des kystes malins des ovaires. On fait une hystérectomie. En procédant à la toilette de l'abdomen, on découvre un cancer du côlon iliaque parfaitement mobile, que l'on peut extérioriser.

Mme J., 37 ans (obs. 43) subit une laparotomie médiane pour appendicectomie et castration droite pour salpingite. On découvre un cancer du côlon pelvien, petit, sténosant. La colectomie fut faite avec un excellent résultat.

8°) Ces observations montrent la grande valeur de la laparotomie exploratrice qui, soit découvre le cancer, soit le situe à son siège exact. Cependant nous devons dire pour terminer qu'elle peut donner lieu à des erreurs. Elle peut en effet, faire prendre pour un cancer du côlon une lésion qui n'est pas néoplasique. Nous en avons un bel exemple.

Mme S., 35 ans, fut opérée le 20 octobre 1936 avec le diagnostic de fibrome et salpingite. La laparotomie montra une énorme masse qui bloquait le petit bassin, en arrière de l'utérus auquel elle adhérait en partie. La masse était fixée sur le sacrum et paraissait en relation avec le côlon sigmoïde. L'aspect était tel que l'on fit le diagnostic de cancer du côlon sigmoïde inopérable. Une colostomie fut pratiquée. Dans les mois qui suivirent on constata à divers examens la régression de la tumeur et l'amélioration de l'état général. Une nouvelle laparotomie fut décidée en janvier 1938. Elle montra l'intégrité du côlon. La masse prise pour un cancer avait considérablement diminué de volume. C'était en réalité une tumeur inflammatoire du cul-

de-sac de Douglas dans laquelle on découvrit l'appendice qui était probablement à l'origine du processus.

Intérêt de la laparotomie dans l'établissement du plan opératoire.

Nous avons vu l'intérêt considérable de la laparotomie exploratrice dans le diagnostic du cancer du côlon gauche. Mais le cancer étant reconnu, son intérêt n'est pas moindre dans la conduite du traitement. Elle permet en effet d'apprécier :

a) Le siège exact du cancer.

b) Son volume : à côté du petit squirrhe en ficelle classique, il existe de volumineux cancers avec grosses réaction inflammatoire ou des cancers encéphaloïdes qui, par leur masse même, rendent l'opération plus difficile.

c) Ses connexions : elle permet d'apprécier l'extension du cancer, ses adhérences aux organes voisins. Il est des adhérences minimales, que l'on peut libérer et qui ne contre-indiquent pas la colectomie (obs. 59 par exemple). Il faut distinguer ici les cancers des segments adhérents du côlon gauche qui envahissent rapidement la paroi et les cancers du segment libre qui adhèrent plus tardivement aux organes voisins : vessie, utérus, prostate.

d) Son extension lymphatique : elle permet de palper les ganglions dans le méso et devant le rachis. Les adénopathies marginales peuvent être enlevées chirurgicalement. Mais on ne peut rien contre les adénopathies à distance. On fait dans ce cas une opération palliative. Chez une malade cependant (obs. 48) malgré une grosse adénopathie dans le méso, l'anse s'extériorisant facilement, il fut fait une exérèse à titre palliatif et sans prétentions curatrices. La survie fut de deux ans.

e) Elle permet enfin d'explorer les segments sus et sous-jacents du côlon (cancers multiples).

On voit dans quelles conditions très variables le diagnostic de cancer du côlon se trouve précisé par l'exploration directe au cours de la laparotomie. Ce n'est qu'à ce moment que l'on a toutes les données du problème thérapeutique et qu'on peut, à bon escient, choisir la technique adaptée à chaque cas particulier.

TRAITEMENT

Les soixante-cinq malades atteints de cancer du côlon gauche dont nous rapportons ici les observations, ont été vus dans des conditions différentes.

Vingt-deux d'entre eux ont été vus en occlusion, leur état nécessitant une intervention d'urgence. Cette intervention a été dans la plupart des cas, une typhlostomie. Il fut fait cependant trois iléostomies et deux colostomies.

Trois de nos malades furent vus en état de suppuration péri-néoplasique. L'un d'eux (obs. 41) présentait un plastron de la fosse iliaque gauche. Il fut refroidi. Le plastron se résorba et le cancer put être enlevé ultérieurement.

Une autre malade (obs. 36) présentait un abcès de la fosse iliaque gauche qui fut incisé. Il persista une fistule. On fit une exclusion bilatérale après transverso-sigmoïdostomie. Le mauvais état de la malade, l'apparition d'un gros abcès lombaire autour de la tumeur colique, ne permirent pas l'ablation de l'anse exclue.

Enfin une autre malade (obs. 19) évacua par le vagin un abcès péri-colique. Deux mois après, la laparotomie montra que la tumeur était inextirpable. On fit une colostomie.

Mais dans la majorité des cas, le cancer fut diagnostiqué en dehors de toute complication.

Ce qui frappe d'emblée dans notre statistique c'est le pourcentage élevé des cas inopérables. Sur les soixante-cinq cas qui motivent notre étude, trente-six ont été vus alors que le cancer était inopérable. Chez deux d'entre eux, il fut fait une simple laparotomie exploratrice. Cinq autres furent traités par typhlostomie. Une autre intervention ne fut pas tentée, soit que le malade mourut, soit qu'il fut perdu de vue. Dans vingt-deux cas, il fut fait une colostomie. Enfin, le siège du cancer, dans

les autres cas, donna lieu à une dérivation interne; quatre iléo-sigmoïdostomies, une transverso-colostomie gauche, deux transverso-sigmoïdostomies.

Chez deux malades la colectomie fut tentée, (premier temps du Quénu-Cruet) mais ne put être exécutée, la mort survenant après le premier temps.

La colectomie ne put donc être faite que sur vingt-sept de nos malades. Encore dans un cas fut-elle exécutée à titre palliatif et sans prétention curative (obs. 48).

En réalité, d'après ce tableau, dans trente-sept cas le cancer était inextirpable, ce qui correspond à plus de la moitié des cas.

La cause de l'inopérabilité fut purement anatomique. Les cas où la cause de l'inopérabilité est connue se répartissent ainsi :

- Généralisation : 7 cas.
- Adhérences pariétales, surtout postérieures : 11 cas.
- Adhérences à la vessie ou à la prostate : 4 cas.
- Adhérences à l'utérus et blocage du petit bassin : 4 cas.
- Adhérences aux vaisseaux iliaques : 1 cas.

Dans la majorité des cas, la tumeur avait donné lieu à des troubles fonctionnels pendant un temps variable. C'est pendant cette période que le diagnostic aurait dû être fait car il eut probablement permis l'exérèse de la lésion.

On peut penser en effet que la période d'opérabilité, bien que variable, est assez longue. Nous citerons à ce propos l'observation 49. Mme C., 61 ans, avait été vue en avril 1926 pour une occlusion. Il fut fait une typhlostomie. Les troubles urinaires intenses qu'elle présentait et l'examen clinique avaient fait penser que le cancer était inopérable. La malade qui avait été perdue de vue, revient un an après, en avril 1927 pour un prolapsus de l'anus cœcal. On fait la cure du prolapsus et l'on profite de l'anesthésie pour examiner la malade. Cet examen permet de constater que la tumeur sigmoïdienne est mobile et paraît extirpable. On fait une laparotomie qui permet d'extérioriser la tumeur et de l'enlever. Ceci montre la lenteur d'évolution de certains cancers coliques. Il est évident que lorsque

l'occlusion s'est produite, la tumeur existait déjà depuis plusieurs mois.

Cette période d'opérabilité est d'ailleurs fonction du siège de la tumeur. Le cancer des segments fixes du côlon gauche donne rapidement des adhérences pariétales. Sur vingt-deux cas de cancers spléniques, descendants ou iliaques, neuf seulement purent être enlevés. Donc 59/100 inopérables. Au contraire sur vingt-huit cancers du côlon pelvien quatorze furent enlevés, ce qui donne une proportion de 50/100.

OPERATIONS PRATIQUEES — TECHNIQUES EMPLOYEES

TYPHLOSTOMIES

La typhlostomie a été faite dans vingt et un cas. Seize fois il s'agissait d'une opération d'urgence faite pour combattre des accidents d'occlusion aiguë.

Dans cinq cas il s'agissait de malades entrés depuis plusieurs jours dans le service, chez lesquels le diagnostic de néoplasme avait été posé, la localisation précisée. La typhlostomie a été faite comme premier temps préparatoire d'une colectomie, comme « dérivation externe préalable à distance ». Nous ne l'avons pas faite systématiquement comme certains chirurgiens le recommandent, mais chaque fois qu'il existait du ballonnement, un état d'obstruction marquée, et ce cas est fréquent, dans le cancer du côlon gauche. Pour n'avoir pas observé cette règle, nous avons dû une fois (obs. 51) faire la typhlostomie presque d'urgence entre les deux temps de la colectomie, c'est-à-dire entre l'extériorisation et la résection. La récurrence survenue assez rapidement nous a fait regretter de n'avoir pas commencé par faire la typhlostomie : sur cette malade bien déballonnée, l'extériorisation eut peut-être été plus facile et plus large et la résection ultérieure plus étendue...

De toute façon, la typhlostomie est une opération d'attente. Il s'est trouvé que dans cinq cas, aucune autre opération n'ait pu être pratiquée, soit parce que le malade est mort rapidement (obs. 4, 5, 7) soit parce que le malade a échappé à notre surveillance et à nos conseils (obs. 3 et 6).

Nous avons toujours fait la *petite typhlostomie* la simple fistule cæcale, telle que l'ont préconisée E. QUÉNU et P. DUVAL, visant non à une dérivation totale des matières, mais à une évacuation des matières liquides et surtout des gaz. Il est entendu qu'elle ne désencombre pas le côlon des matières solides en rétention, mais elle permet à l'intestin de s'affaïsser et supprime le ballonnement.

Nous avons toujours pratiqué l'*ouverture retardée* de la typhlostomie, le lendemain le plus souvent, pour permettre les accollements péritonéaux. Dans les cas très urgents les deux temps ont été faits parfois à quelques heures d'intervalle. L'ouverture retardée nous paraît en effet indiscutable.

La typhlostomie large, préconisée par d'autres chirurgiens, ne saurait en effet pas plus prétendre à une dérivation totale. Elle n'est toujours qu'une entérostomie latérale, et sa cure opératoire est sensiblement plus compliquée.

Au contraire, la typhlostomie étroite se ferme souvent spontanément, ou est de cure opératoire très facile, par une opération extra-péritonéale. Après la colectomie, il arrive que la typhlostomie se ferme spontanément au bout de quelques jours ou de quelques semaines (obs. 50 et 51). Plus souvent, on est obligé d'en faire la cure opératoire, mais c'est là une opération minime qui peut être faite sous anesthésie locale, et échoue rarement.

Nous n'avons observé qu'un seul échec (obs. 49). Il s'agissait d'une typhlostomie datant de dix-sept mois, qui avait été le siège sept mois auparavant d'un prolapsus irréductible, gros comme le poing, avec participation du côlon et de l'iléon, ayant nécessité une intervention sanglante : réduction et cerclage. La première tentative de cure de l'anus fut faite d'après le procédé de LENORMANT : l'échec fut complet et imputable au mauvais état de la peau, qui présentait un aspect eczémateux et même verruqueux. Après cinq semaines de soins, on reprit la cure de l'anus cæcal : « incision en dehors de la jonction cutanéomuqueuse, libération de la paroi cæcale sur une marge de un cm., suture du cæcum en deux plans. Mèche iodoformée. Suture d'attente sur la peau ». Guérison complète et définitive.

Dans tous les autres cas, la fistule cæcale a guéri dès la première tentative opératoire.

COLOSTOMIES

Nous avons fait vingt-deux colostomies, à titre d'opération palliative, chez des malades dont le cancer était inextirpable.

Nous n'avons fait que des anus iliaques, des sigmoïdostomies, des colostomies iliaques gauches. Non pas que nous rejetions à priori les colostomies sur le côlon transverse, mais chaque fois que la tumeur obstruante était assez haut située sur le côlon, nous avons préféré la dérivation interne, l'entéro-anastomose, lorsqu'elle était possible (voir plus bas).

Nous n'avons traité par la dérivation externe que des tumeurs basses, siégeant sur le côlon sigmoïde ou la jonction recto-sigmoïdienne. Dans un seul cas (obs. 11) il s'agissait d'un cancer du côlon iliaque, chez lequel, en amorçant un décollement colo-pariétal, on put extérioriser un segment du côlon descendant.

Dans la majorité des cas, quand les conditions anatomiques le permettaient, nous avons fait un anus à pont musculaire. Le pont musculaire est constitué par le rapprochement de la paroi musculaire par des fils de lin entrecroisés à travers le méso passés ensuite et serrés sur les muscles.

En cas de conditions anatomiques défavorables : anse courte, méso court, paroi grasse ou épaisse, nous avons fait la colostomie sur baguette de verre ou sur une sonde en gomme.

Dans un seul cas ((obs. 16), la colostomie fut faite après section du côlon pelvien entre les deux branches de l'écraseur de De Martel; les deux bouts furent mis aux deux extrémités de l'incision.

Le plus souvent, l'ouverture de la colostomie fut faite au bout de deux jours, plus rarement le troisième jour quand le malade n'était pas trop gêné par les gaz.

En cas de typhlostomie préalable, la colostomie put être ouverte plus tard : le cinquième jour où même plus tardivement.

ENTERO-ANASTOMOSES

Nous avons fait sept dérivations internes par entéro-anastomose.

Ces interventions ne constituant pas une infirmité visible, sont de ce fait plus facilement acceptées par le malade.

Cependant la dérivation interne par entéro-anastomose quel que soit son type, dérive de façon incomplète les matières et n'empêche pas l'accumulation de celles-ci en amont de la tumeur. Nous avons examiné radiologiquement plusieurs de nos malades pour contrôler le bon fonctionnement de la bouche d'anastomose. Dans tous les cas, nous avons constaté le phénomène du reflux dans le cadre colique et l'accumulation de la baryte au-dessus de la tumeur. Cette constatation explique la persistance du ballonnement. Du point de vue fonctionnel en effet les entéro-anastomoses sont, de ce fait, des interventions médiocres.

Les anastomoses ont été faites dans la majorité des cas au fil de lin en plusieurs plans. Dans deux cas seulement, nous avons eu recours au bouton de Jaboulay.

Divers types d'anastomoses ont été faits :

— quatre *iléo-sigmoïdostomies* dont une au bouton de Jaboulay.

— une *transverso-colostomie gauche* au bouton de Jaboulay pour un cancer de l'angle splénique.

— deux *transverso-sigmoïdostomies*. Dans un cas (obs. 36), la transverso-sigmoïdostomie faite pour un cancer du côlon descendant abcédé fut complétée par une exclusion bilatérale de l'anse fistulisée. Cette anse ne put être enlevée ultérieurement.

EXCLUSION BILATERALE

Cette opération fut faite dans trois cas.

Chez la malade dont nous parlons plus haut (obs. 36), l'exclusion fut faite pour une fistule pyostercorale. L'apparition d'un abcès lombaire périnéoplasique et le mauvais état de la malade ne permirent pas l'ablation de l'anse exclue.

Dans un autre cas (obs. 47), nous avons fait une exclusion bilatérale avec mise à la paroi du bout supérieur chez une malade qui avait subi une opération de Quénu-Cruet. Les cures d'anus avaient échoué. Il persistait une fistule pyo-stercorale qui était le siège d'abcès récidivants. L'exclusion fut suivie de l'extirpation de l'anse exclue.

Enfin, chez le troisième malade (obs. 65), l'exclusion bilatérale ouverte fut le deuxième temps d'une colectomie en trois temps pour mégacôlon avec cancer de l'angle splénique.

INCISION D'ABCES

Cette intervention fut faite chez une malade (obs. 36), pour un abcès de la fosse iliaque gauche. Elle avait déjà été opérée de la même affection il y a quatre ans. Au cours de l'intervention, on dilacéra au doigt un bloc de tissus fibreux. Issue de quelques gouttes de pus. On eut l'impression que le doigt était dans la lumière colique. Il persista en effet une fistule pyo-stercorale qui fut traitée par exclusion.

COLECTOMIES

Nous avons fait vingt-sept colectomies :

- une colectomie totale.
- vingt-six colectomies segmentaires :
 - une opération du type Reybard.
 - quatorze opérations de Quénu-Cruet.
 - onze opérations du type Hartmann.

Colectomie totale.

La colectomie totale (obs. 65) a été faite en trois temps, après iléo-sigmoïdostomie et exclusion bilatérale ouverte quinze jours après chez un malade vu en obstruction, que nous pensions atteint d'un mégacôlon total. L'existence d'un cancer a été soupçonné après le deuxième temps lors des grands lavages du côlon. En effet, jamais l'eau introduite par l'un des bouts n'est

ressortie par l'autre. Le cancer qui siégeait à l'angle gauche, n'a été reconnu qu'au cours de la colectomie totale qui fut faite deux mois après. On dut se résoudre à faire une splénectomie pour tarir une hémorragie de la rate.

Colectomie segmentaire en un temps.

L'opération du type Reybard, la colectomie idéale en un temps avec rétablissement immédiat de la continuité intestinale n'a été faite qu'une fois (obs. 39). Toutes les conditions favorables se trouvaient réunies : il s'agissait d'un homme âgé, mais maigre et résistant, le cancer était petit, l'anse longue mobile, dépourvue d'appendice graisseux, à peine dilatée au-dessus de la tumeur. L'opération a été très simple. Malgré tout, nous n'avons pas osé réduire l'anse suturée, comme l'avait fait REYBARD. Nous l'avons laissée devant le péritoine entre deux mèches que nous enlevâmes le dixième jour. Le malade a guéri sans incident.

Colectomie après extériorisation.

L'opération du type Quénu-Cruet, c'est-à-dire la colectomie par extériorisation, résection différée et anus in situ a été faite dans tous les autres cas de cancer depuis l'angle gauche jusqu'à la partie basse du côlon pelvien, là où toute extériorisation devient impossible. C'est l'opération que nous avons couramment employée, de préférence à toute autre. Nous avons employé très exactement la technique de E. QUÉNU, telle qu'elle a été décrite dans la thèse de son élève CRUET.

Dans un cas, cette intervention a été tentée alors que le cancer était inenlevable. Le malade (obs. 38) mourut le 5^e jour après l'extériorisation de péritonite. En effet, en décollant la tumeur inextirpable on pratiqua une perforation. De tels cas, évidemment, sont au-dessus des ressources de la colectomie.

Nous pensons en effet, que le fait de différer la résection (ce qui sépare essentiellement l'opération de Quénu-Cruet des opérations du type Bouilly-Volkman) confère à la colectomie une bénignité incomparable, sans compromettre pour cela les résultats éloignés (voir plus bas).

Nous avons toujours laissé cinq à sept jours entre le temps

d'extériorisation et le temps de résection. L'opération a toujours été parfaitement supportée, la mortalité nulle.

Un reproche théorique grave a été fait à la méthode. On a dit que la résection du méso était très limitée et l'ablation du territoire lymphatique forcément incomplète. Nous verrons plus loin que les résultats éloignés peuvent supporter la comparaison avec ceux de n'importe quelle méthode.

Le seul reproche plausible, *c'est la difficulté que l'on peut rencontrer pour la cure de l'anus in situ*. En fait, voici ce que nous avons observé : malgré les soins que nous avons toujours pris, lors de la colectomie, de suturer les deux bouts sur les trois-quarts de leur circonférence postérieure, nous n'avons jamais obtenu la fermeture spontanée de l'anus « in situ ».

La cure de l'anus a été entreprise en moyenne quatre mois après la colectomie, quelques fois plus tôt, lorsque les conditions semblaient favorables et que l'opéré avait hâte d'être débarrassé de son infirmité, d'autres fois plus tard, par suite de diverses circonstances.

Dans la règle, nous avons eu recours à la *cure extra-péritonéale*, après une ou deux applications d'entérotome lorsqu'il existait un éperon saillant : « incision circulaire, résection de la zone cicatricielle cutanéomuqueuse, suture en deux plans à points séparés, fermeture partielle de la paroi musculo-aponévrotique et cutanée ».

Dans quelques cas, nous avons fait la *cure intra-péritonéale*, mais nous n'avons jamais osé réduire sous une paroi hermétiquement suturée.

Nous avons eu à envisager la cure de l'anus chez douze malades sur quatorze colectomisés. Pour deux opérés la question ne s'est pas posée, l'une d'elles étant morte subitement quelques semaines après la colectomie, un autre étant parti sans laisser d'adresse. Pour deux autres opérés, la question s'est posée mais a été résolue par la négative. L'une d'elles s'est opposée à toute nouvelle intervention (obs. 49). L'autre était menacée d'une récurrence rapide et nous n'avons pas jugé bon, dans ces conditions, de tenter la cure de l'anus (obs. 48).

Si bien que nous n'avons entrepris la cure de l'anus in situ que chez dix malades.

Sur ces dix cas, nous avons obtenu *six succès d'emblée*. Dans trois cas, la réunion a été obtenue par première intention (obs. 43-44-53). Dans trois autres cas, il y a une désunion minime et une cicatrisation secondaire complète et définitive (obs. 41-45-50).

Dans l'observation 51, après un échec de cure intra-péritonéale, une nouvelle tentative de fermeture a montré l'existence d'une récurrence locale.

Chez deux malades, nous n'avons pu réussir à fermer l'anus, malgré des tentatives multiples. Dans l'observation 46, cure extra-péritonéale trois mois après la colectomie, échec; cure intra-péritonéale deux mois plus tard : échec; opération autoplastique neuf mois plus tard : échec. Le malade justement lassé de ces insuccès, a préféré garder son anus. Il se souciait d'ailleurs peu de son infirmité qui ne l'empêchait pas, disait-il, d'aller danser tous les samedis. Il l'a gardé jusqu'à sa mort, survenue à l'âge de quatre-vingt-trois ans, neuf ans après la colectomie.

Dans l'observation 40, nous avons tenté successivement la cure intra-péritonéale, puis l'application de l'entérotome, puis le cerclage, puis la cure extra-péritonéale précédée d'une nouvelle application d'entérotome. Finalement, le malade a fait une récurrence locale au bout de treize mois. Nous avons fait à ce moment une transverso-sigmoïdostomie qui a diminué son infirmité et lui a procuré une survie de un an.

Enfin, chez la malade de l'observation 47, il s'était constituée une véritable fistule pyo-stercorale dont nous avons tenté la cure à quatre reprises en cinq ans : la malade restait guérie pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, mais un beau jour, il se formait un abcès et la fistule récidivait. Finalement, nous prîmes le parti d'enlever le segment colique fistulisé après exclusion bilatérale. L'opération fut difficile, la malade guérit. Mais elle vint mourir d'occlusion intestinale aiguë par brides multiples, six mois après la guérison de sa fistule, sept ans après la colectomie.

Il importe de remarquer que les trois cas difficiles concernaient des cancers de l'angle splénique ou de la partie haute du côlon descendant, donc des anus de l'hypocondre ou du flanc.

Le siège profond de la lésion, la fixité relative du côlon, l'impossibilité d'en tirer un long segment au dehors sont des causes de difficultés au moment de la colectomie, mais elles préparent aussi d'autres difficultés pour le temps de réparation, de fermeture de l'anus.

Ajoutons que l'existence ou l'absence de typhlostomie ne semble pas avoir eu d'influence sur le résultat des opérations visant la fermeture de ces colostomies gauches.

Mais cette difficulté de cure, si elle est loin d'être constante, est commune à toutes les méthodes d'extériorisation. Elle dépend beaucoup de la mobilité de l'anse sur laquelle on opère et de la disposition que l'on peut donner aux deux bouts dans la plaie. Il est certain qu'une bonne mobilisation des deux bouts lors du premier temps, facilite grandement la fermeture de l'anus. Mais lorsqu'elle comporte des décollements étendus, comme au niveau du côlon descendant, il est évident qu'elle aggrave le pronostic opératoire immédiat et par la suite rend plus difficile la cure de l'anus.

La résection recto-sigmoïdienne.

L'opération du type Hartmann a été faite pour tous les cancers qu'il était impossible d'extérioriser, c'est-à-dire pour les tumeurs basses du sigmoïde, jusqu'à la jonction rectale. Nous l'avons pratiquée onze fois.

Nous n'avons jamais suivi exactement la technique de HARTMANN.

Nous nous plaçons à gauche; nous faisons l'incision médiane de la paroi et la section haute première, entre les branches d'un petit écraseur de Martel. Cette section haute première nous semble présenter un avantage considérable : elle facilite la ligature de l'artère mésentérique inférieure, et la libération du segment à enlever. Le reproche de commencer par le temps septique est tout théorique. Nous incisons le péritoine dans les gouttières latéro-rectales et sur la face antérieure du rectum. Section du rectum entre deux paires de clans courbes quand cela est possible. Le traitement du bout inférieur a été divers suivant les cas. Le plus souvent, fermeture en deux plans de sutures, le

second invaginant le premier. Dans certains cas, la fermeture du moignon rectal a été facilitée par la fixation du rectum sur un drain de caoutchouc, introduit par l'anus sur lequel on tire. Péritonisation au moyen d'un gros fil de lin en bourse. Contre-incision iliaque gauche par laquelle on sort le bout supérieur muni de sa branche d'écraseur. On passe à ce niveau quatre fils de lin sur la peau qui seront utilisés lors de l'ouverture de l'anus. Suture de la paroi en un plan sur un drain cigarette.

Le deuxième ou troisième jour, ouverture de l'intestin : on enlève l'écraseur, on recoupe la partie écrasée, et l'on fixe l'intestin à la peau au moyen des fils en attente.

Dans un seul cas (observation 62), il a été fait un rétablissement secondaire de la continuité par iléo-colo-plastie.

RESULTATS

RESULTATS DES OPERATIONS PALLIATIVES

1) Résultats globaux.

MORTALITÉ OPÉRATOIRE.

Sur 27 *dérivations externes*, nous avons eu 6 morts opératoire :

- une mort le jour même de l'intervention, de péritonite;
- une mort le troisième jour, de perforation;
- une mort le sixième jour, avec hémiplégie;
- une mort le huitième jour, de métastase hépatique;
- une mort le dixième jour, de cachexie progressive;
- une mort le vingt-cinquième jour de défaillance ventriculaire gauche.

Sur 7 *dérivations internes* nous avons eu un seul cas de mort opératoire :

- une mort le quarante-deuxième jour de cachexie progressive.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.

Sur les 21 *dérivations externes* qui ont survécu, 4 sont partis sans donner de nouvelles.

12 sont morts :

- 1 est mort le 6^e mois;
- 2 sont morts le 7^e mois;
- 3 — 8^e mois;
- 3 — 11^e mois;
- 1 est mort le 13^e mois;
- 1 — 15^e mois;
- 1 — 18^e mois.

5 ont eu des survies variables (soit qu'ils soient encore vivants, soit que, revus vivants, ils n'aient pas donné de nouvelles ensuite) :

- 2 ont eu une survie de 4 mois;
- 1 a eu une survie de 8 mois;
- 1 — 13 mois;
- 1 — 1 an 1/2.

Sur les 6 *dérivations internes* qui ont survécu :

1 n'a pas donné de nouvelles.

2 sont morts :

- 1 est mort le 3^e mois;
- 1 — 20^e mois.

3 sont encore vivants :

- 1 est en bon état 7 mois après l'intervention;
- 1 — 8 mois —
- 1 — 10 mois —

2) Résultats d'après l'intervention pratiquée.

Typhlostomie : 5 cas.

- 3 morts opératoires;
- 1 n'a pas donné de nouvelles;
- 1 est mort 8 mois après.

Colostomie : 22 cas.

- 3 morts opératoires;

3 partis sans donner de nouvelles;

11 sont morts :

— 1 est mort le 6^e mois;

— 2 sont morts le 7^e mois;

— 2 — 8^e mois;

— 3 — 11^e mois;

— 1 est mort le 13^e mois;

— 1 — 15^e mois;

— 1 — 18^e mois.

5 ont eu des survies :

— 2 ont eu des survies de 4 mois;

— 1 a eu une survie de 8 mois;

— 1 — 13 mois;

— 1 — 1 an 1/2.

Iléo-sigmoïdostomie : 4 cas.

Pas de mortalité opératoire;

1 parti sans donner de nouvelles;

1 mort le 3^e mois;

1 survie 8 mois après;

1 survie de 10 mois.

Transverso-colostomie gauche : 1 cas :

mort : 20 mois après intervention de gangrène pulmonaire.

Transverso-sigmoïdostomie : 2 cas.

1 mort opératoire;

1 survie de 7 mois.

3) Résultats d'après le siège du cancer.

Cancer de l'angle splénique : 1 cas :

mort 20 mois après intervention.

Cancer du côlon descendant : 4 cas.

1 parti sans donner de nouvelles;

1 mort le 40^e jour;

1 mort le 8^e mois;

1 survie de 7 mois.

Cancer du côlon iliaque : 3 cas.

- 1 mort le 8^e jour;
- 1 mort le 3^e mois;
- 1 mort le 11^e mois.

Cancer du côlon ilio-pelvien : 3 cas.

- 1 mort le 15^e mois;
- 1 survie de 8 mois;
- 1 survie de 10 mois.

Cancer du côlon pelvien : 14 cas.

- 1 mort le 3^e jour;
- 1 mort le 6^e jour;
- 1 mort le 25^e jour;
- 4 n'ont pas donné de nouvelles;
- 1 est mort le 6^e mois;
- 1 mort le 7^e mois;
- 1 mort le 8^e mois;
- 1 mort le 11^e mois;
- 1 mort le 13^e mois.
- 1 survie 4 mois après;
- 1 survie 1 an 1/2 après.

Cancer d'un côlon recto-sigmoïdien : 9 cas.

- 1 mort le jour de l'opération;
- 1 — le 10^e jour;
- 1 — 7 mois après;
- 1 — 8 —
- 1 — 11 —
- 1 — 18 —
- 1 survie de 4 mois;
- 1 — de 8 mois;
- 1 — de 13 mois.

Que conclure d'après ces tableaux ?

Il nous semble que *la colostomie* est la meilleure intervention. Elle donne une survie de 1 à 2 ans, alors que avec la déri-

vation interne un seul malade a vécu plus d'un an. Nous ajouterons qu'elle est en outre *préférable en raison du soulagement plus effectif* qu'elle apporte aux malades.

D'une façon générale, nos malades ont eu une survie d'autant plus longue que le cancer se trouvait plus bas situé sur le côlon gauche.

RESULTATS DES COLECTOMIES

1. Mortalité opératoire.

Il est deux cas dont il nous faut parler ici, quoiqu'il ne s'agisse pas, à proprement parler, de colectomie. Il s'agissait d'opérations en plusieurs temps, la mort est survenue après le temps d'extériorisation avant la colectomie (obs. 37-38).

Dans l'observation 37, le diagnostic pré-opératoire était : tumeur végétante des ovaires. De fait, la laparotomie confirma l'exactitude du diagnostic et l'hystérectomie fut exécutée. Mais avant de fermer l'abdomen, on s'aperçut qu'il existait en plus, un cancer du côlon iliaque. La mobilisation et l'extériorisation du segment furent faites sans difficulté. Mais à la suite de cette opération, qu'on peut dire exceptionnellement complexe, une broncho-pneumonie enleva la malade en 10 jours et la colectomie ne fut pas faite.

Dans l'observation 38, il s'agissait d'une volumineuse tumeur infectée du côlon descendant, avec grosse adénopathie. Au cours de sa mobilisation, qui fut laborieuse, des foyers contenant du pus fétide furent ouverts, et le malade mourut le 4^e jour de péritonite.

Faut-il tenir compte de ces deux cas pour établir la mortalité de la colectomie ?

Non, puisqu'en fait, il n'y a pas eu colectomie;

Oui, puisqu'il y a eu début d'exécution, extériorisation en vue d'une colectomie ultérieure.

Si on compte ces deux cas, il y a eu 4 morts pour 29 cas soit une mortalité de 13,7 %.

Si on ne les compte pas, il y a un 2 morts pour 27 colectomies, soit une mortalité de 7,4 %.

Suivant la nature de l'opération pratiquée, les résultats furent les suivants :

Nature de l'opération	Nombre de cas	Morts
Reybard	1	0
Colectomie totale	1	0
Quénu-Cruet	14	0
Hartmann	11	2

Il convient de souligner la bénignité incomparable de l'opération de QUÉNU-CRUET, qui nous a permis d'opérer sans une seule mort une série de 14 malades fatigués et âgés dont deux avaient moins de 50 ans et trois plus de 70 ans.

Les deux malades que nous avons perdus à la suite de l'opération de HARTMANN, pour cancer recto-sigmoïdien, sont morts l'une, âgée de 72 ans, le lendemain de l'opération, l'autre, âgée de 51 ans le 10^e jour. Dans les deux cas, l'opération avait été techniquement très difficile, à cause de la graisse et de la profondeur du pelvis. Le volume de la tumeur peut également être une cause de difficultés et il est quelquefois malaisé de placer les clans au-dessous. L'opération de HARTMANN a une réputation peut-être excessive de facilité et de bénignité.

2. Résultats éloignés.

A) RÉSULTATS GLOBAUX :

Sur les 27 colectomies, 24 seulement sont utilisables pour l'étude des résultats éloignés. Deux opérés sont morts dans les jours qui ont suivi l'intervention (obs. 61-63). Un autre opéré a quitté l'hôpital en bon état, mais nous n'avons jamais pu retrouver sa trace (obs. 52).

Sur ces 24 opérés suivis, 11 sont morts :

— 3	au cours de la 1 ^{re}	année (Obs. 42-57-64).
— 3	—	2 ^e — (Obs. 48-51-60).
— 1	—	3 ^e — (Obs. 40).
— 1	—	5 ^e — (Obs. 41).
— 1	—	6 ^e — (Obs. 54).
— 1	—	7 ^e — (Obs. 47).
— 1	—	9 ^e — (Obs. 46).

Mais ces onze malades ne sont pas tous morts de récurrence.

5 sont certainement morts de récurrence, car cette récurrence a été constatée :

obs. 40 : récurrence locale sur les deux bouts et généralisation (ganglion axillaire, névralgie sciatique);

obs. 51 : récurrence locale et ascite.

obs. 57 : récurrence locale sur le bout inférieur;

obs. 60 : métastase pulmonaire;

obs. 64 : généralisation.

Deux sont probablement morts de récurrence, sans que toutefois la récurrence ait pu être constatée :

obs. 48 : récurrence probable étant donné les constatations opératoires;

obs. 54 : homme de 65 ans mort paraplégique plus de 5 ans après une résection recto-sigmoïdienne : métastase vertébrale probable.

Deux ne sont probablement pas morts de récurrence :

obs. 42 : une vieille fille de 62 ans, pottique, hémiparalysée d'ancienne date, morte subitement chez elle deux mois après la colectomie;

obs. 46 : un homme de 83 ans, mort 9 ans après la colectomie sans aucun signe de récurrence.

Deux ne sont sûrement pas morts de récurrence :

obs. 41 : un homme de 51 ans, mort d'un cancer du cavum pharyngien, au bout de 4 ans 1/2.

obs. 47 : une femme de 67 ans, morte 7 ans après la colectomie d'occlusion aiguë par brides.

Les treize autres opérés étaient vivants, bien portants et sans signes de récurrence aux dernières nouvelles.

- 3 dans leur 1^{re} année (obs. 39-45-59).
- 2 — leur 2^e — (obs. 44-58).
- 1 — sa 3^e — (obs. 53).
- 3 — leur 4^e — (obs. 43-49-56).
- 1 — sa 5^e — (obs. 55).
- 1 — sa 8^e — (obs. 62).
- 2 — leur 9^e — (obs. 50-65).

Ces résultats peuvent être schématisés par le tableau suivant :

Durée d'observation post-opératoire	Nombre de malades observés	Nombre de morts par récidive	Nombre de morts sans récidive	Nombre de survivants bien portants
0 à 1 an	24	2	1	21
1 à 2 ans	18	3	0	15
2 à 3 —	13	1	0	12
3 à 4 —	11	0	0	11
4 à 5 —	7	0	1	6
5 à 6 —	6	1	0	5
6 à 7 —	5	0	1	4
7 à 8 —	4	0	0	4
8 à 9 —	3	0	1	2

B) RÉSULTATS D'APRÈS LA MÉTHODE EMPLOYÉE.

Il n'y a guère de conclusions à tirer de notre unique cas d'opération de REYBARD, qui ne date pas d'un an, ni de notre unique cas de colectomie totale qui constitue une véritable guérison puisqu'elle date maintenant de 9 ans. Mais ce sont là des faits isolés.

1°) *Des 14 cas de colectomies suivant la technique de Quénucruet*, tous guéris opératoirement, nous avons pu suivre 13 opérés pendant un temps plus ou moins long.

7 sont morts, 6 sont vivants.

Les 7 morts se classent ainsi :

- 1 au cours de la 1^{re} année (obs. 42).
- 2 — — 2^e — (obs. 48-51).
- 1 — — 3^e — (obs. 40).
- 1 — — 5^e — (obs. 41).
- 1 — — 7^e — (obs. 47).
- 1 — — 9^e — (obs. 46).

Nous avons montré plus haut que la récurrence ne peut être guère incriminée dans les trois derniers de ces cas, ni dans le premier. Restent les cas 40, 48 et 51. Dans le cas 40, il s'agissait d'un cancer d'angle splénique entortillé d'épiploon, formant une masse grosse comme le poing, adhérente à la paroi abdominale antérieure. Pour pouvoir extérioriser la masse, on dut réséquer une rondelle de la paroi abdominale de 6 à 7 centimètres de diamètre. Comme il fallait s'y attendre, dans un aussi mauvais cas, la récurrence survint au bout de 13 mois, sous forme de noyaux, l'un cutané, l'autre dans l'intestin.

Dans le cas de l'observation 48, la récurrence était pour ainsi dire prévue et annoncée dès le jour de la colectomie, comme en témoigne le compte rendu opératoire : « un cancer en ficelle un peu au-dessous du sommet de l'anse sigmoïde... à distance, des granulations néoplasiques et même de véritables traînées blanches; gros ganglions dans le méso. Comme l'anse s'extériorise facilement, on tente tout de même l'exérèse à titre palliatif et sans aucune prétention curative ».

On voit que dans ces deux cas, il s'agissait de cancers très évolués, en réalité inextirpables. La récurrence dans les deux cas, ne saurait être portée au passif de la méthode.

Reste l'observation 51 : dans ce cas, il y a eu une erreur de tactique : le premier temps a été gêné par le ballonnement et l'extériorisation a très probablement été, de ce fait, insuffisante. On aurait dû commencer par faire une typhlostomie, au lieu de la faire presque d'urgence, entre les deux temps de la colectomie. La colectomie eût été plus large et la récurrence peut être évitée.

Les six autres opérés étaient vivants, bien portants et sans signe de récurrence aux dernières nouvelles.

- 1 dans sa 1^{re} année (8 mois), (obs. 45).
- 1 — 2^e — (16 mois), (obs. 44).
- 1 — 3^e — (29 mois), (obs. 53).
- 2 dans leur 4^e année (42 et 47 mois), (obs. 43-49).
- 1 dans sa 9^e année (104 mois), (obs. 50).

Il faut ajouter que chez tous ces malades sauf un (obs. 49), l'anus a été fermé.

Les résultats peuvent être groupés dans le tableau suivant :

Durée d'observation post-opératoire	Nombre de malades observés	Nombre de morts par récidive	Nombre de morts sans récidive	Nombre de survivants bien portants
0 à 1 an	13	0	1	12
1 à 2 ans	11	2	0	9
2 à 3 —	8	1	0	7
3 à 4 —	6	0	0	6
4 à 5 —	4	0	1	3
5 à 6 —	3	0	0	3
6 à 7 —	3	0	1	2
7 à 8 —	2	0	0	2
8 à 9 —	2	0	1	1

De tels résultats montrent que la bénignité opératoire du QUÉNU-CRUET, n'est pas achetée, comme on l'a prétendu, au prix d'une exérèse insuffisante.

2°) *Les 11 cas de résection recto-sigmoïdienne* nous laissent, après défalcation des deux morts post-opératoires, 9 cas pour l'étude des résultats éloignés. Sur ces 9 cas, 4 sont morts :

- 2 au cours de la 1^{re} année (obs. 57-64).
- 1 — 2^e — (obs. 60).
- 1 — 6^e — (obs. 54).

La récidive a été certainement la cause de la mort dans les trois premiers cas, probablement aussi dans le quatrième (voir plus haut).

Les cinq autres opérés sont vivants, bien portants et sans signe de récidive aux dernières nouvelles :

- 1 dans sa 1^{re} année (1 mois).
- 1 — 2^e — (22 mois).
- 2 dans leur 4^e année (43 et 47 mois).
- 1 dans sa 8^e année (86 mois).

Tous ces opérés ont un anus iliaque terminal sauf la dernière, chez laquelle la continuité a été rétablie par iléo-coloplastie.

Nous pouvons schématiser ces résultats dans le tableau suivant :

Durée d'observation post-opératoire	Nombre de malades observés	Nombre de morts par récidive	Nombre de morts sans récidive	Nombre de survivants bien portants
0 à 1 an	9	2	0	7
1 à 2 ans	6	1	0	5
2 à 3 —	4	0	0	4
3 à 4 —	4	0	0	4
4 à 5 —	2	0	0	2
5 à 6 —	2	1	0	1
6 à 7 —	1	0	0	1
7 à 8 —	1	0	0	1

Ces résultats sont extrêmement encourageants si on les compare aux statistiques publiées par Monsieur OKINCZYC, dans son rapport au Congrès de Chirurgie. Au point de vue des méthodes employées, nos quatorze cas de colectomie segmentaire après extériorisation et résection différée vont s'ajouter à ceux de E. QUÉNU (Thèse de CRUET, 1914) et de A. SCHWARTZ (Journal de Chirurgie, 1924).

Nos onze cas de résection recto-sigmoïdienne vont augmenter la série commencée par HARTMANN et ses élèves.

Dans l'avenir, l'amélioration des résultats peut être espérée par de nouveaux progrès dans les méthodes et dans la technique chirurgicale, mais plus encore par le dépistage plus précoce du cancer du côlon, quelque discrètes que soient ses manifestations initiales.

OBSERVATIONS PERSONNELLES ET INEDITES

Les observations se répartissent de la façon suivante :

LAPAROTOMIES EXPLORATRICES : Obs. 1 et 2.

OPÉRATIONS PALLIATIVES : Obs. 3 à 36.

Dérivations externes :

Typhlostomies : Obs. 3 à 7.

Colostomies : Obs. 8 à 29.

Dérivations internes :

Iléo-sigmoïdostomies : Obs. 30 à 33.

Transverso-colostomie gauche : Obs. 34.

Transverso-sigmoïdostomies : Obs. 35 et 36.

Exclusion bilatérale : Obs. 36.

EXTÉRIORISATIONS NON SUIVIES DE COLECTOMIES : Obs. 37 et 38.

COLECTOMIES : Obs. 39 à 65.

Opération de REYBARD : Obs. 39.

Opération de QUÉNU-CRUET.

Sans dérivation préalable : Obs. 40 à 45.

Avec dérivation préalable : Obs. 46 à 53.

Résection recto-sigmoïdienne (Opér. de HARTMANN).

Sans dérivation préalable : Obs. 54 à 59.

Avec dérivation préalable : Obs. 60 à 64.

Colectomie totale : Obs. 65.

Toutes ces observations sont inédites, sauf quatre d'entre elles qui ont déjà été publiées :

Obs. 27 et 44 : thèse LAFOURCADE, Paris, 1938.

Obs. 62 : Jean QUÉNU, Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie, 1933, page 856;

Obs. 65 : Jean QUÉNU, Bull. et Mém. Soc. Chir., 1932, p. 688.

Toutes ces observations proviennent du service de Monsieur Jean QUÉNU. Nous n'avons dans nos observations mentionné le nom de l'opérateur, que lorsqu'il s'agissait d'un autre chirurgien que lui.

A. — LAPAROTOMIES EXPLORATRICES : DEUX CAS

OBSERVATION 1. — *Cancer de l'angle splénique. Laparotomie exploratrice. Mort trois mois après.*

Mme A..., 51 ans, est vue le 25 juin 1928 pour des douleurs de l'hypochondre gauche; de la constipation avec débâcles diarrhéiques depuis quatre mois; troubles urinaires.

A l'examen : tumeur du flanc gauche, mate, dure, mobile avec la respiration. La malade fait deux clochers thermiques à 40° et 39°.

Un examen pyéloscopique est pratiqué par le D^r FEY (2-7-1928) : « rein en position normale. Bassinet normal en position normale. Aucune relation entre le rein et la tumeur ».

Examen radiologique (29-7-28) : arrêt du lavement baryté à la hauteur de la crête iliaque.

Intervention (1-9-1928). Tumeur de l'angle splénique du colon. Ether. Laparotomie exploratrice. Grosse tumeur soudée à la paroi abdominale postérieure, inextirpable. Le transverse n'est pas dilaté. On referme purement et simplement.

Suites opératoires difficiles : plusieurs poussées de température à 40°. La malade sort le 22-9-28. Mort le 30-11-28.

OBSERVATION 2. — *Cancer du colon descendant. Laparotomie exploratrice. Pas de nouvelles.*

M. M..., 49 ans, est vu le 4-10-1935 pour constipation récente et tumeur du flanc gauche, peu douloureuse, fixée.

L'examen radiologique montre un arrêt du lavement baryté sur le colon descendant.

Intervention (15-10-35). Cancer du colon descendant. Ether. Laparotomie exploratrice. Ascite. Grosse tumeur colique, adhérente, inextirpable. Paroi en un plan.

Suites opératoires : Le 3^e jour, température à 40°. Sort le 29-10-35. Pas de nouvelles depuis.

B. — OPERATIONS PALLIATIVES

1. Dérivations externes.

a) TYPHLOSTOMIES : CINQ CAS.

OBSERVATION 3. — *Cancer du côlon descendant. Typhlostomie. Pas de nouvelles.*

Mme C..., 26 ans, vient le 29-8-1928 pour occlusion intestinale aiguë ayant débuté brusquement il y a 48 heures. Depuis quelques mois, constipation opiniâtre. A l'examen : météorisme avec ondulations sous la peau.

Intervention (30-8-1928). (D^r MARTINAI). Occlusion intestinale. Anesthésie locale à la novocaïne. Typhlostomie. Granulations péritonéales et ascite. Péritonite tuberculeuse probable. Suites opératoires bonnes.

Le 20-9-1928 : Laparotomie exploratrice. Ether. Ascite citrine et granulations ressemblant à des grains carcinomateux. Un cancer du côlon descendant sténosant inopérable. Fermeture en deux plans. Suites opératoires bonnes. Sort le 9-10-1928. Pas de nouvelles depuis.

Examen histologique : adéno-carcinome colloïde.

OBSERVATION 4. — *Cancer du côlon sigmoïde. Typhlostomie pour occlusion, en réalité perforation. Mort le 3^e jour.*

M. F..., 67 ans, vient le 10-12-28 pour occlusion intestinale subaiguë datant de trois jours. Depuis trois ans, douleurs dans le bas ventre, diarrhée avec quatre ou cinq selles par jour contenant parfois du sang; amaigrissement de 10 kilos. A l'examen, météorisme avec ondulations péristaltiques. Rien au T. R. Le 11-12, débâcle à la suite d'un lavement.

Un *examen radiologique* (12-12-28) montre un arrêt prolongé du lavement à l'entrée du sigmoïde.

Intervention (19-12-28). Subocclusion intestinale. Anesthésie locale. Typhlostomie. Ouverture retardée le soir. Mort le 3^e jour.

Autopsie : (D^r GORDIN). « Cancer du côlon pelvien perforé. La perforation siège entre les deux points d'insertion des feuillets du méso sigmoïde. Grosse collection purulente, fécaloïde dans le méso, remontant derrière le péritoine de la fosse ilio-lombaire gauche ».

OBSERVATION 5. — *Cancer du côlon iliaque. Typhlostomie. Mort le 8^e jour de métastase hépatique.*

M. M..., 63 ans, est vu le 7-10-1929 pour douleurs abdominales généralisées, avec nausées et parfois vomissements. Constipation très marquée.

Le malade a été opéré le 19-10-1926 d'un cancer pylorique et prépylorique de l'estomac : Bilroth II. A l'examen : tumeur palpable de la fosse iliaque gauche.

Un lavement baryté montre une image lacunaire du côlon iliaque.

Intervention (21-10-29). Occlusion intestinale. Anesthésie locale. Typhlostomie. Ascite abondante. Ouverture le lendemain. Mort le 29-10-29 de métastase hépatique avec ictère.

OBSERVATION 6. — *Cancer du côlon descendant. Typhlostomie. Mort huit mois après.*

Mme P..., 50 ans, vient le 25-9-1930 pour occlusion intestinale subaiguë, datant de huit jours. Il y a deux ans, crise de subocclusion analogue. Il y a un mois, crise de diarrhée pendant dix jours. A l'examen, pas de tumeur perceptible. A son entrée : coliques, vomissements et diarrhée.

Intervention (26-9-30). Occlusion intestinale chez une diabétique très grasse. Rachi-anesthésie. Laparotomie médiane. Cæcum énorme que l'on ponctionne. Une tumeur sur le côlon gauche dans sa partie lombaire. Typhlostomie sur la ligne médiane. Suites opératoires : insuline matin et soir. L'état s'améliore. Sort le 28-11-1930. Meurt chez elle huit mois après.

OBSERVATION 7. — *Cancer du côlon sigmoïde. Typhlostomie. Mort le 25^e jour.*

M. B..., 61 ans, entre le 5-12-1932 pour une occlusion intestinale ayant débuté il y a quinze jours. Aucun passé digestif. A l'examen, gros météorisme abdominal.

Intervention (6-12-1932). Occlusion datant de seize jours. Anesthésie locale à la novocaïne. Typhlostomie. Ouverture le soir. Le ventre se déballonne difficilement.

Examen radiologique : un lavement baryté le 14-12-1932 s'arrête à la fin du sigmoïde. Un lavement par la typhlostomie arrive jusqu'au sigmoïde. Entre les deux lavements, rétrécissement segmentaire. Mort le 30-12-1932 de défaillance ventriculaire gauche.

b) COLOSTOMIES : VINGT-DEUX CAS.

OBSERVATION 8. — *Cancer du côlon recto-sigmoïdien. Colostomie. Mort huit mois après.*

M. B..., 43 ans, vu le 27-8-1927, présente depuis deux mois : ténésme, épreintes, écoulement glaireux. Constipation habituelle depuis toujours.

remplacée par de la diarrhée. Gros amaigrissement depuis trois mois. Au T. R. à bout de doigt, une masse bourgeonnante.

Intervention (6-9-1927). Cancer recto-sigmoïdien. Ether. 1°) Laparotomie exploratrice. Un gros néo recto-sigmoïdien inextirpable. 2°) Contre incision iliaque gauche et mise à la peau de l'anse sur une sonde en gomme.

Suites opératoires bonnes. Ouverture le 4^e jour. Sort le 19-9-27. Mort le 20 avril 1928.

OBSERVATION 9. — *Cancer du côlon sigmoïde. Colostomie. Mort le 6^e jour avec hémiplegie.*

Mme D..., 70 ans, est vue le 19-9-1927. Malade depuis deux ans. Début par douleurs vésicales et hématurie. Puis, diarrhée abondante : 40 à 50 selles par jour, souvent sanglantes. Par la suite, diarrhée entrecoupée de périodes de constipation. Amaigrissement de 10 kilos. A l'examen par T. V., masse dure dans le pelvis. Tumeur de fosse iliaque gauche.

Examen radiologique : 23-9-27. Rétrécissement du côlon sigmoïde.

Intervention (26-9-1927). Néo sigmoïdien. Rachi-anesthésie. Laparotomie exploratrice : gros néo sigmoïdien fixé dans l'excavation notamment à l'utérus. Contre incision iliaque gauche pour colostomie. Ouverture de l'anus le 4^e jour. Mort le 6^e jour d'hémorragie cérébrale avec hémiplegie.

OBSERVATION 10. — *Cancer du côlon recto-sigmoïdien. Colostomie. Mort sept mois après.*

M. B..., 75 ans, est vu le 18-8-1928 pour diarrhée très fréquente, ayant débuté il y a deux mois; il a 5 à 6 selles par jour, souvent sanglantes. Pas d'amaigrissement, bon état général. A l'examen tumeur du flanc gauche, dure, douloureuse, mobile. Une *radiographie* faite en ville montre un arrêt du lavement baryté sur le sigmoïde.

Intervention (30-8-1928). Néo recto-sigmoïdien. Ether. Incision iliaque gauche. Néoplasme recto-sigmoïdien très adhérent notamment à la prostate. Extériorisation du côlon sigmoïde. Ouverture de l'anus le quatrième jour. Suites normales. Sort le 19-9-28. Décès sept mois après : complications vésicales avec hématurie.

OBSERVATION 11. — *Cancer du côlon iliaque. Colostomie. Décès onze mois après.*

M. R..., 66 ans, entre le 9 octobre 1929 pour une occlusion intestinale subaiguë. Depuis deux mois, douleurs dans le côté gauche du ventre. Exagération de constipation ancienne. A son entrée, n'a pas été

à la selle depuis douze jours. Un *lavement baryté* pratiqué en ville il y a un mois a montré un arrêt complet sur le côlon iliaque.

Intervention. Occlusion intestinale subaiguë. Ether. Incision iliaque gauche. Tumeur volumineuse et adhérente à la paroi antérieure. On arrive en amorçant un décollement colo-pariétal, à extérioriser un segment du côlon descendant. Fixation par quatre points de sutures et deux mèches iodoformées. Ouverture le lendemain. Dans les jours qui suivent, température à 38°5. Sort le 9-11-29. Décès le 12 septembre 1930.

OBSERVATION 12. — *Cancer du côlon sigmoïde. Colostomie. Pas de nouvelles depuis.*

Mme R., 81 ans, entre le 3 mai 1930 pour occlusion intestinale. Crises de subocclusion, de temps à autre, depuis sept mois. Aucun autre trouble.

Interventions (3 mai 1930). Occlusion complète depuis 24 heures. Typhlostomie à la locale. Le 14 mai examen radiologique : arrêt sur le sigmoïde. Lavages intestinaux.

Le 12 juin 1930. Anus iliaque à la locale. Ouverture le troisième jour. Sort le 30 juin : la typhlostomie est presque complètement fermée. Pas de nouvelles depuis.

OBSERVATION 13. — *Cancer recto-sigmoïdien. Colostomie. Décès le jour de l'intervention.*

Mme R., 78 ans, entre le 19 mai 1930 pour une occlusion intestinale. Constipation très ancienne. Forte scoliose qui fait apparaître l'abdomen encore plus saillant.

Interventions (19 mai). Occlusion. Iléostomie à la locale sur la première anse dilatée qui se présente.

Le 18 juin *examen radiologique* : dilatation de l'ampoule, long arrêt puis la baryte s'insinue par l'angle droit, forme un petit champignon et s'arrête; reflux.

Le 13 août 1930, cancer recto-sigmoïdien. Anus iliaque gauche à la novocaïne. En attirant l'intestin, on pratique une perforation. Décès le jour même.

OBSERVATION 14. — *Cancer recto-sigmoïdien. Colostomie. Survie de treize mois. Pas de nouvelles ensuite.*

Mme E., 70 ans, entre le 3-10-1930. Depuis un mois : ténesme, épreintes, pertes séro-purulentes par l'anus. Depuis six mois, périodes de diarrhée, amaigrissement. Au toucher rectal, on sent la tumeur à bout de doigt. Un *examen histologique* a été pratiqué : épithélioma cylindrique très végétant.

Intervention (4-10-1930). Néo recto-sigmoïdien. Ether. Incision iliaque gauche. Anus iliaque.

Suites opératoires : congestion pulmonaire au 8^e jour. Sort le 25-10-1930. Le 20 novembre 1931. Bonnes nouvelles.

OBSERVATION 15. — *Cancer recto-sigmoïdien. Colostomie. Décès dix-huit mois après.*

M. T..., 39 ans, vient consulter le 26 octobre 1930 pour : ténésme avec faux besoins depuis six mois, glaires séro-sanguinolentes, amaigrissement de 5 kilos. Au T. R. on sent à bout de doigt une masse à travers la paroi de l'ampoule.

Intervention (31-10-1930). Néo recto-sigmoïdien. Ether. Laparotomie médiane. Le cancer occupe tout le pelvis, inextirpable. Incision iliaque gauche pour colostomie. Suites difficiles : température oscillante, mauvais état général. Sort le 19 novembre 1930. Décès au bout de dix-huit mois de cachexie.

OBSERVATION 16. — *Cancer du côlon pelvien. Colostomie. Pas de nouvelles.*

M. L..., 58 ans, vu le 10-4-1931. Depuis six mois hémorragies rectales, faux besoins et constipation opiniâtre; amaigrissement de 10 kilos. Au T. R. on sent à bout de doigt quand le malade pousse, une tumeur qui siège à environ 15 cm. de l'anus.

Intervention (2 mai 1931). Néo du côlon pelvien. Ether. Incision iliaque gauche. Le pelvis est plein de masses néoplasiques. Anus iliaque après section entre les deux branches de l'écraseur de DE MARTEL, les deux bouts aux deux extrémités de l'incision. Ouverture le 2^e jour. Suites bonnes. Sort le 29 mai 1931.

OBSERVATION 17. — *Cancer recto-sigmoïdien. Colostomie. Bon état quatre mois après. Pas de nouvelles ensuite.*

M. D..., 80 ans, entre le 3-5-1932 pour occlusion intestinale aiguë. Depuis deux ans, alternatives de constipation et diarrhée. Il y a un an diarrhée continue pendant des mois. Météorisme marqué. Ondes sous la peau.

Intervention (4-5-32). Occlusion intestinale. Iléostomie. Fistulisation quatre heures après.

Le 24-5-32 un lavement baryté dilate l'ampoule et reflue.

Le 2-6-32 tumeur recto-sigmoïdienne inopérable. Ether. Colostomie sur baguette de verre. Ouverture le 5^e jour. Suites normales. Sort le 30-6-32. Revue en bon état le 1-10-1932. Pas de nouvelles ensuite.

OBSERVATION 18. — *Cancer du côlon pelvien. Colostomie. Décès treize mois après.*

M. C..., 75 ans, vient le 4-1-33 en occlusion intestinale ayant débuté il y a six jours. Depuis un an : fatigue sans amaigrissement, sang dans les selles parfois, ni constipation ni diarrhée. A l'examen : malade fatigué, dyspnéique, langue sèche.

Interventions (4-1-33). Occlusion intestinale. Rachianesthésie. Typhlostomie. Ouverture immédiate. Amélioration rapide. Le 1-2-1933, néo du côlon pelvien. Ether. Incision iliaque gauche. Grosse tumeur adhérent aux viscères de l'excavation. Colostomie sur tube de verre. Ouverture le 5^e jour. Suites normales.

Le 30-5-33 : cure de typhlostomie à la locale. Un point en bourse. Sort le 3-6-33 la typhlostomie fermée. Décès treize mois après.

OBSERVATION 19. — *Cancer du côlon pelvien. Colostomie. Décès huit mois après.*

Mme N..., 62 ans, entre le 27 mars 1933 pour une évacuation de collection purulente par le vagin. Le 13 octobre 1932 très abondante hémorragie anale de sang rouge. Fin Janvier 1933, douleurs abdominales vives, température à 40°, langue sabburale. Le 2 février, nouvelle poussée thermique à 39°, avec empâtement profond de la fosse iliaque gauche, polynucléose à 11.000. Glace. Brusquement le 4 mars évacuation purulente par le vagin. On fait le diagnostic de pèrisigmoïdite. A son entrée, induration de la fosse iliaque gauche. Au T. V. cul-de-sac gauche empâté et douloureux.

Un *lavement baryté* le 11 mai, présente un arrêt définitif sur le côlon pelvien.

Intervention (13 mai 33). Néo du sigmoïde. Ether. Incision iliaque gauche. Gros néo au niveau du détroit supérieur adhérent au plan osseux. Colostomie. Suites simples. Sort le 30 juin 1933. Décès en décembre 1933.

OBSERVATION 20. — *Cancer recto-sigmoïdien. Colostomie. Décès onze mois après.*

M. T..., 69 ans, vu le 26 janvier 1934. Depuis 18 mois : douleurs de fosse iliaque gauche, faux besoins; amaigrissement de 12 kilos. Au T. R. : le pôle inférieur de la masse est senti.

Lavement baryté (31-1-34) distend l'ampoule et s'arrête à la partie supérieure où il s'effrite.

Intervention (10-2-1934). Cancer recto-sigmoïdien. Ether. Laparotomie médiane. Cancer adhérent à vessie et sacrum. Colostomie par contre incision iliaque gauche. Suites bonnes. Sort le 29 mars 34. Décès onze mois après.

OBSERVATION 21. — *Cancer du côlon pelvien. Colostomie. Décès sept mois après.*

Mme L..., 48 ans, vue le 7-3-1934 pour constipation par périodes depuis deux ans avec amaigrissement de 25 kilos. A l'examen, la palpation combinée au T. V. permet de sentir une masse sur la continuité du côlon pelvien, mobile.

Intervention (15-3-1934). Cancer du côlon pelvien. Ether. Laparotomie iliaque gauche. Un gros néo du côlon pelvien encastré entre l'utérus auquel il adhère, et les parois de l'excavation auxquelles il adhère aussi, inextirpable. Colostomie sur la partie supérieure de l'anse. Suites normales. Sort le 8-4-1934. Décès en octobre 1934.

OBSERVATION 22. — *Cancer recto-sigmoïdien. Colostomie. Décès le dixième jour de cachexie.*

Mme B..., 55 ans, vue le 10 mai 1935 pour pertes purulentes par l'anus, faux besoins, constipation très ancienne, température oscillante depuis un mois. Au T. R. on tombe sur le pôle inférieur d'une grosse masse qui impose le diagnostic.

Intervention (14-5-1935) Gros néo recto-sigmoïdien. Ether. Anus iliaque. Ouverture le 5^e jour. Cachexie progressive. Mort le 25-5-1935.

OBSERVATION 23. — *Cancer du côlon sigmoïde. Colostomie. Décès six mois après.*

M. D..., 66 ans, vient le 25-3-1936 pour constipation habituelle, ténesme, épreintes, glaires sanglantes. Au T. R. on sent le pôle inférieur d'une masse haut située.

Intervention (28-3-1936). Cancer du côlon pelvien. Ether. Laparotomie médiane. Squirrhe de la fin du sigmoïde plaqué sur les vaisseaux iliaques. Contre incision iliaque pour colostomie. Ouverture le quatrième jour. Sort le 16-4-1936. Décès le 15-9-1936.

OBSERVATION 24. — *Cancer ilio-pelvien. Colostomie. Décès quinze mois après.*

Mme T..., 59 ans, vue le 15 juin 1936 pour : diarrhée post prandiale avec selles liquides, glaireuses, parfois striées de sang depuis un an. Crise d'obstruction avec température à 38° il y a trois semaines. Amaigrissement de sept kilos. Tumeur de fosse iliaque gauche.

Intervention (25 juin 1936). Néo du côlon ilio-pelvien. Ether. Incision iliaque gauche. Le pelvis rempli d'anses grêles agglutinées, sous lesquelles on découvre un cancer inopérable. Colostomie sur bougie. Suites normales. Sort le 16 juillet 36. Décès en septembre 1937.

OBSERVATION 25. — *Cancer du côlon pelvien. Colostomie. Pas de nouvelles.*

Mme R..., 77 ans, vue le 6 janvier 1937 pour constipation nouvelle de plus en plus opiniâtre, l'obligeant aux laxatifs, puis aux lavements. Douleurs abdominales à gauche. Sang dans les selles à plusieurs reprises. Au T. R. combiné au palper une masse dure, douloureuse, fixée. Une radiographie faite en ville montre un arrêt sur le sigmoïde.

Intervention (12 janvier 1937). Cancer du côlon pelvien. Ether. Laparotomie médiane. Tumeur sigmoïdienne, adhérente à trompe gauche et ligament large, inextirpable. Colostomie par contre incision iliaque sur bougie en gomme car méso très court. Suites normales. Ouverture le deuxième jour. Sort le 2 février 1937, Pas de nouvelles.

OBSERVATION 26. — *Cancer du côlon sigmoïde. Colostomie. Bon état un an et demi après.*

M. B..., 67 ans, entre le 23-1-1937. Depuis un an, douleurs semi tardives au creux épigastrique; soigné pour l'estomac. Brusquement, le 3 novembre 1936 hémorragie de sang rouge par l'anus avec syncope. L'hémorragie dure trois jours. Il entre en médecine.

Examen radiologique : estomac normal. Lavement baryté distend l'ampoule, puis reflue. Arrêt définitif sur le sigmoïde.

Intervention (3-2-1937). Pierre LIGNON. Cancer du côlon pelvien. Anesthésie locale. Laparotomie iliaque gauche. Ascite. Cancer inextirpable du sigmoïde. Colostomie technique habituelle au fil de lin. Suites simples. Sort le 27-2-1937. Bon état en septembre 1938.

OBSERVATION 27. — *Cancer du sigmoïde et tumeur polypoïde de l'anus. Colostomie. Décès en onze mois de généralisation.*

M. J..., 69 ans, est vu le 27-9-1937 pour constipation depuis un an avec douleurs abdominales diffuses. Tumeur de la fosse iliaque gauche variable aux divers examens et qui n'existait pas lors de la première consultation du Dr JACQUELIN il y a deux mois. Le diagnostic fut fait à cette époque par lavement baryté qui s'arrêta sur le sigmoïde. En outre tumeur polypoïde et dure de la marge de l'anus.

Le 9-7-37 : *Examen radiologique*. Arrêt du lavement sur le sigmoïde. Après évacuation et insufflation, distension gazeuse du recto-sigmoïde.

Intervention (11-11-1937). Incision iliaque gauche. La tumeur siège bas sur le sigmoïde mais est fixée haut sur la paroi postérieure. Exérèse impossible. Colostomie sur baguette de verre. Ablation d'une petite tumeur pédiculée de l'anus après dilatation. Suites normales. Ouverture de l'anus le deuxième jour. Sort le 30-11-1937. Décès onze mois après de cachexie cancéreuse.

Examen histologique de tumeur de l'anus : épithélioma cylindrique.

OBSERVATION 28. — *Cancer recto-sigmoïdien. Colostomie. Bon état huit mois après.*

Mme G..., 73 ans, entre le 22 décembre 1937 pour subocclusion intestinale. Constipée chronique. Depuis deux mois : ténésme, faux besoins, parfois selles noires. Hémorragie de sang rouge il y a six mois. Rien au T. R. Une *radiographie* faite en ville le 18-11-37 montre un rétrécissement lacunaire de la fin du sigmoïde.

Intervention (29-12-1937). Pierre LIGNON. Cancer recto-sigmoïdien. Ether. Colostomie, technique habituelle. Ouverture le 2^e jour. Suites normales. Sort le 18-1-1938. En août 1938, assez bon état, mais douleurs sacrées.

OBSERVATION 29. — *Cancer du côlon sigmoïde. Colostomie. Bon état quatre mois après.*

M. R..., 65 ans, vu le 1^{er} juillet 1938. Depuis trois mois crises douloureuses de fosse iliaque gauche avec constipation marquée. Depuis un mois : faux besoins fréquents. En outre troubles urinaires : mictions fréquentes, brûlures à la miction. Dans la partie basse de fosse iliaque gauche, tumeur allongée douloureuse. Au T. R. prostate grosse et douloureuse. Une radiographie faite en ville montre un arrêt du lavement sur le sigmoïde.

Intervention (11 juillet 1938). Ether. Laparotomie médiane. Gros néo adhérent à la partie gauche de vessie. Colostomie iliaque par contre incision. Suites simples. Ouverture le 3^e jour. Sort le 29 juillet. En octobre 1938, assez bon état.

2. Dérivations internes.

a) ILÉO-SIGMOÏDOSTOMIES : QUATRE CAS.

OBSERVATION 30. — *Cancer du côlon iliaque. Iléo-sigmoïdostomie. Décès trois mois après.*

M. C..., 47 ans, vu le 30 novembre 1929 pour constipation ancienne, parfois sang dans les selles. Depuis août, les matières sont rubannées, filiformes, comparées par le malade à un ténia. En outre, depuis cette époque, périodes de subocclusion passagères. Depuis huit jours, tuméfaction située au-dessus du pli de l'aîne, de la grosseur d'une noix, puis d'une petite orange. Un *lavement baryté* s'arrête à la partie moyenne du sigmoïde.

Intervention (7 décembre 1929). Ether. Laparotomie. La tumeur adhère à la fosse iliaque et à la partie profonde de la paroi antérieure.

Semis cancéreux sur le péritoine. Iléo-sigmoïdostomie en trois plans au fil de lin. Fil de Lane. Suites simples. Sort le 30-11-1929. Décès le 2 mars 1930.

OBSERVATION 31. — *Cancer du côlon ilio-pelvien. Iléo-sigmoïdostomie. Bon état huit mois après.*

M. C..., 64 ans, entre le 30 octobre 1936 pour une occlusion intestinale. Depuis quatre mois, alternatives de diarrhée et de constipation avec coliques légères. Une crise de subocclusion il y a quinze jours.

Interventions (31 octobre 1936). Pierre LIGNON. Occlusion. Ether. Typhlostomie. Ouverture le lendemain.

Le 12 novembre un *lavement baryté* s'arrête sur le sigmoïde.

Le 21 novembre. Néo du côlon ilio-pelvien. Ether. Laparotomie iliaque gauche. Grosse tumeur inextirpable, implantée sur le promontoire. Iléo-sigmoïdostomie au fil de lin. Suites simples.

Le 23 décembre *examen radiologique* : bon fonctionnement de la bouche d'iléo-sigmoïdostomie; reflux dans tout le côlon qui est injecté de baryte. Sort le 8 janvier 1937. Bonnes nouvelles fin Juillet 1938; prend des laxatifs pour aller à la selle.

OBSERVATION 32. — *Cancer du côlon ilio-pelvien. Iléo-sigmoïdostomie. Bon état dix mois après.*

M. R..., 62 ans, entre le 6 décembre 1937. Depuis cinq mois : périodes de constipation de plus en plus marquée avec coliques vives à gauche. Amaigrissement. Au T. V. combiné au palper une masse à gauche en connexion avec l'utérus.

Un *lavement baryté* (10-12-37) : rétrécissement serré à la jonction de l'iliaque et du sigmoïde.

Intervention (15-12-37). Dr LEFORT. Ether. Iléo-sigmoïdostomie au bouton de Jaboulay. Phlébite de la jambe droite. Immobilisation. Selles régulières, mais météorisme persiste. *Examen radiologique de contrôle* : bon fonctionnement de la bouche; reflux dans tout le côlon qui explique le ballonnement. Sort le 20 janvier. Bon état fin Octobre 1938, mais ballonnement.

OBSERVATION 33. — *Cancer du côlon pelvien. Iléo-sigmoïdostomie. Pas de nouvelles.*

M. L..., 63 ans, vu le 4 avril 1938 pour constipation opiniâtre, sang dans les selles qui sont souvent marc de café. Crise de subocclusion en Août 1937. Tumeur de la fosse iliaque gauche. Un *lavement baryté* a montré un obstacle sur la fin de l'iliaque.

Intervention. (26 avril 1938). Ether. Laparotomie médiane. Grosse tumeur occupant le pelvis, impossible à extérioriser. Adhérences parié-

tales. Au-dessous, un segment suffisamment long pour faire une iléo-sigmoïdostomie. Suites : un petit accident pulmonaire le douzième jour terminé le quinzième. Sort le 20 mai 1938; va bien à la selle mais reste ballonné.

b) TRANSVERSO-COLOSTOMIE GAUCHE : UN CAS.

OBSERVATION 34. — *Cancer de l'angle splénique longtemps méconnu et traité pour un obstacle sur le sigmoïde. Transverso-colostomie gauche. Décès vingt mois après de gangrène pulmonaire.*

M. D..., 58 ans, entre le 9 octobre 1936 pour occlusion intestinale, d'autant de cinq jours. Accident analogue il y a deux ans, ayant cédé au traitement médical.

Interventions le 10 octobre : éther. Typhlostomie. Ouverture le lendemain.

Le 14-10 un *lavement baryté* s'arrête au détroit supérieur puis reflue.

Le 29 octobre. Obstacle sur le sigmoïde. Ether. Incision iliaque. L'anse oméga est rétrécie au niveau de son pied. Les deux branches sont en contact. Mésosigmoïdite rétractile. Extériorisation de l'anse et anastomose latéro-latérale.

Le 3 novembre. Ether. Résection de l'anse et suture complète à points séparés en deux plans. Réouverture de typhlostomie qui s'était refermée. Suites : suture colique lâche; il se forme un anus iliaque gauche. La typhlostomie se ferme spontanément. Pas de selles par l'anus artificiel. Le 20 décembre, réouverture de la typhlostomie. Issue de gaz et de peu de liquide. L'état d'occlusion persiste et le 29 une radio montre des anses grêles dilatées avec niveaux liquides. Nausées avec vomissements, pouls à 130.

Le 31 décembre (Dr LUZOIR). Occlusion. Rachi. Laparotomie médiane. Une anse grêle aplatie dans fosse iliaque gauche fixée par trois brides que l'on sectionne. Une anse accolée dans le bassin. Libération. Le circuit est rétabli; la typhlostomie fonctionne. Fermeture sans drainage. Suites : le ventre se déballonne. Un examen radiologique permet de voir que le côlon est perméable. Et l'on décide la cure de l'anus artificiel. Deux applications d'entérotome.

Le 2 mars 1937. Ether. Cure extra-péritonéale de l'anus. Suites : la cure est parfaite, mais pas de selles par l'anus avant le 27 mars. La typhlostomie se ferme spontanément. A partir du 5 avril, plus de selles, ballonnement; on ouvre à nouveau la typhlostomie. Toujours pas de selles par l'anus.

Examen radiologique (12 avril 1937) : le lavement injecté par l'anus s'arrête à l'angle splénique. Un lavement par typhlostomie ne peut le rejoindre; obstacle sur l'angle splénique.

Le 15 avril 1937. Ether. Incision de l'hypocondre gauche. Le transverse est dilaté, le descendant est plat. Avec difficulté on découvre très, très haut, au sommet de l'hypocondre, en dedans et au-dessus de la rate, un petit squirrhe gros comme un marron, étroitement adhérent au diaphragme impossible à décoller. Transverso-colostomie au bouton de Jaboulay. Suites bonnes : selle moulée au huitième jour. Sort le 16 mai 1937, typhlostomie fermée. Décès fin Décembre 1938, de gangrène pulmonaire.

c) TRANSVERSO-SIGMOÏDOSTOMIE : DEUX CAS.

OBSERVATION 35. — *Cancer du côlon descendant. Transverso-sigmoïdostomie. Décès le quarantième jour.*

Mme G..., 78 ans, est vue le 18 avril 1932 pour constipation depuis dix-huit mois, très opiniâtre depuis six mois avec douleurs dans fosse iliaque gauche. Tumeur de fosse iliaque.

Examen radiologique (fait en ville) : un rétrécissement du côlon descendant avec petite soufflure au centre.

Intervention. Ether. Laparotomie médiane. Tumeur du descendant, grosse comme le poing, adhérente aux parois, Transverso-sigmoïdostomie en trois plans. Décès le quarante-deuxième jour de cachexie progressive.

OBSERVATION 36. — *Cancer du côlon descendant abcédé. Transverso-sigmoïdostomie. Exclusion bilatérale. Revue vivante sept mois après.*

Mme M..., 58 ans, entre le 10 juin 1934 pour un abcès de la fosse iliaque gauche. Déjà opérée de même affection il y a quatre ans. Fistule pendant 4 mois.

Intervention (11 juin). Ether. Incision sur cicatrice. On dilacère au doigt un bloc de tissu fibreux, quelques gouttes de pus. On a l'impression que le doigt est dans la lumière du côlon. Mèches.

Le 19 juin. Ether. Laparotomie médiane. Un kyste de l'ovaire gauche, gros comme le poing, qu'on enlève. Gros cancer du descendant fixé à la paroi. Transverso-sigmoïdostomie. Suites simples. Sort le 30 juin.

Revient le 28 août 1934 avec fistule pyo-stercorale. Le 4 septembre. Tumeur du descendant. Ether. Exclusion bilatérale du côlon gauche. Après section, suture des quatre bouts en vue d'une exérèse ultérieure. Suites difficiles : température à 39°, abcès autour de tumeur colique.

Le 5 octobre. Abcès lombaire. Incision. La température baisse. Il persiste une fistule.

Le 23 janvier 1935. Fistule stercorale. Anesthésie locale. Un catgut

chromé en bourse sur la peau que l'on serre, Fistule persiste quand catgut s'élimine.

Sort le 4 février 1935. Revue en Septembre, en mauvais état.

C. — EXTERIORISATIONS NON SUIVIES DE COLECTOMIES : DEUX CAS

OBSERVATION 37. — *Cancer du côlon iliaque découvert au cours d'hystérectomie. Extériorisation. Mort au dixième jour de broncho-pneumonie.*

Mme D..., 48 ans, vue pour augmentation de volume du ventre depuis deux mois. Constipation. Examen : ascite. Nodosités dans le Douglas. Tumeur des ovaires.

Intervention (19 janvier 1932). Kystes malins des deux ovaires et cancer du côlon iliaque. Ether. Laparotomie médiane. Ascite. Ponction d'un kyste : issue de purée beige. Un kyste analogue du côté droit. Hystérectomie subtotale. En faisant la toilette de l'abdomen on découvre un cancer du côlon iliaque. On le mobilise suffisamment pour l'extérioriser par la plaie médiane. Suites : le lendemain 40°, foyers de broncho-pneumonie, qui donne une pleurésie gauche. Mort le 29 janvier 1932.

Examen histologique : des kystes : épithélioma papillaire végétant ; de la tumeur colique : épithélioma cylindrique.

OBSERVATION 38. — *Cancer du côlon descendant. Typhlostomie pour occlusion. Extériorisation. Mort le cinquième jour de péritonite.*

M. B..., 42 ans, entre le 15 avril 1932 pour occlusion intestinale datant de trois jours. Depuis quelques mois, constipation de plus en plus opiniâtre et amaigrissement.

Intervention. (16 avril 1932). Dr BÉCLÈRE. Ether. Typhlostomie. Ouverture le lendemain. Le ballonnement diminue et l'on peut sentir dans l'hypocondre gauche une tumeur allongée verticalement, fixée.

Le 26 avril 1932 (Dr BÉCLÈRE). Cancer du côlon descendant. Ether. Extériorisation. Incision sous-costale gauche. Ascite. Tumeur volumineuse, adhérente à paroi antérieure et épiploon. En décollant, on sent une odeur de pus fétide. Masses ganglionnaires dans le méso. Un champ de chaque côté de la tumeur. Décès le cinquième jour de péritonite.

D. — COLECTOMIES : VINGT-SEPT CAS

1. Colectomie intra-abdominale en un temps (Op. du type Reybard) : un cas.

OBSERVATION 39. — *Cancer du côlon sigmoïde. Opération de Reybard.
Bon état huit mois après.*

M. R..., 70 ans, est vu le 22 avril 1938. En Août 1937, coliques et diarrhée sanglante. En Janvier 1938, reprise des troubles : coliques, faux besoins, sang dans les selles, amaigrissement. Tumeur au T. R.

Rectoscopie (D^r JACQUELIN). Néo bourgeonnant à 12 cm. Prélèvement.
Histologie. Epithélioma glandulaire.

Intervention. (3 mai 1938). Cancer du côlon pelvien. Ether. Laparotomie médiane. Tumeur un peu au-dessous du milieu du sigmoïde. Le fait d'avoir touché le côlon détermine une invagination qui se produit sous les yeux. Résection de 18 cm. de côlon et du méso. Anastomose termino-terminale. On la laisse entre le péritoine et le plan musculaire, entre deux mèches iodoformées.

Suites opératoires simples : ablation des mèches le dixième jour. Sort le 1^{er} juin 1938 en bon état. Bonnes nouvelles en Décembre 1938.

2. Colectomies après extériorisation (Op. de Quénu-Cruet) : Quatorze cas.

a) SANS DÉRIVATION PRÉALABLE : SIX CAS.

OBSERVATION 40. — *Cancer de l'angle splénique. Opération de Quénu-Cruet. Récidive locale treize mois après. Transverso-sigmoïdostomie. Décès au vingt-cinquième mois de récidive locale.*

M. S..., 53 ans, est vu le 8 janvier 1932. Depuis un an, crises douloureuses abdominales sans caractères précis. Pas de troubles digestifs. Amaigrissement de douze kilogs en un an. Tumeur de l'hypocondre gauche difficile à palper.

Le 8 janvier, *examen radiologique* : le lavement pénètre jusqu'au cæcum. Rétrécissement du tiers supérieur du côlon ascendant, d'aspect progressif, avec émiettement de la baryte.

Interventions. (21-1-1932). Cancer de l'angle splénique. Ether. Incision sous-costale. Le cancer adhère à paroi antérieure. Résection d'une rondelle de paroi de sept cm. Extériorisation. Un drain lombaire.

Le 27-1-32. Ether. Résection. Suture des demi circonférences postérieures. Suites simples.

Le 23 avril, après pose d'entérotome, cure intrapéritonéale de l'anus de l'hypocondre gauche. Selles par l'anus naturel, mais il persiste une petite fistule de la grandeur d'une pièce de un franc.

Le 19 août, cerclage avec un fil de coton. Le malade coupe le fil le lendemain.

Le 25 octobre 1932, cure extra-péritonéale. Echec.

Le 4 février 1933 on constate l'existence de deux noyaux indurés, l'un à la partie interne de la cicatrice cutanée, l'autre perceptible par le toucher dans le bout supérieur de l'anus contre nature.

Le 13 février, récidives de cancer de l'angle splénique. Ether. Incision sur le bord externe du droit. Transverso-sigmoïdostomie. Résection de l'induration cutanée. Suites simples. Sort le 10 mars 1933. Décès le 16 février 1934 de cachexie progressive avec douleurs-vives, ganglions axillaires gauches, sciatique.

OBSERVATION 41. — *Cancer du côlon pelvien. Opération de Quénu-Cruet. Décès quatre ans et demi après d'un épithélioma du cavum.*

M. D.... 47 ans, entre le 24 mars 1933. Début brutal le 18 mars : douleurs fosse iliaque gauche, température à 39°5, soit intense, urines troubles, foncées, arrêt des matières. A l'examen, tuméfaction diffuse de fosse iliaque gauche. Glace.

Le 29 mars, *examen radiologique* par lavement : rétrécissement du côlon sigmoïde.

Le 3 mai, localement tout a disparu.

Intervention (10 mai 1933). Cancer du côlon pelvien. Ether. Laparotomie médiane. Extériorisation de l'anse. Technique de Quénu-Cruet.

Le 16 mai. Ether. Résection. Suites simples. Sort le 30 juin.

Le 26 octobre 1933. Anus artificiel in situ. Ether. Cure intra-péritonéale, après pose d'entérotome. Suites : pendant six jours, température à 40°. Echec partiel.

En Novembre survient un rétrécissement de l'orifice supérieur. Dilatation aux bougies en gomme. Il persiste une fistulette qui donne peu. Elle se ferme spontanément en Juin 1934.

Le 28 octobre 1934, consulte en oto-rhino-laryngologie pour troubles pharyngés. On découvre un épithélioma du cavum que confirme l'hystologie. Radium. Amélioration de onze mois, puis l'état s'altère. Le 14 novembre 1935 (D^r TRUFFERT), ablation de ganglions sous-maxillaires. En Juin 1936, crise d'étouffement. Décès au début de Novembre 1937 de l'extension de l'épithélioma du cavum, sans signe de récurrence du cancer colique.

OBSERVATION 42. — *Cancer du côlon iliaque. Opération de Quénu-Cruet. Mort quelques jours après la sortie de l'hôpital : embolie ?*

Mlle B..., 62 ans, entre le 8 octobre 1934. A fait six crises de subocclusion avec constipation marquée entre les crises. La première en Septembre 1933. La deuxième en Janvier 1934, a duré cinq jours. De Janvier à Juillet, quatre crises typiques. Il y a onze ans, hémiplegie droite. A l'examen : scoliose marquée. Tumeur de la fosse iliaque gauche.

Le 29 novembre, *examen radiologique* par lavement : solution de continuité presque complète sur le côlon iliaque, avec dilatation du sigmoïde et du rectum.

Interventions (16 octobre 1934). Cancer du côlon iliaque chez une pottique. Ether. Squirrhe en ficelle de l'iliaque. Opération de Quénu-Cruet typique, premier temps.

Le 23 octobre 1934 : éther, résection. Suites simples.

Histologie : épithélioma glandulaire. Sort le 1-12-1934 avec un petit anus. Mort subite chez elle quelques jours après sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION 43. — *Cancer du côlon pelvien. Opération de Quénu-Cruet. Bon état trois ans et demi après.*

Mme J..., 37 ans, entre le 26 février 1935 pour douleurs de fosse iliaque droite. Bien réglée avec pertes blanches. Il y a 17 ans, crise d'appendicite. A l'examen : douleur au Mac Burney. T. V. : annexite droite. Indication : médiane pour appendicectomie et castration droite.

Interventions (4 mars 1935). Cancer du côlon pelvien. Ether. 1°) myomectomie d'un noyau sur face antérieure de l'utérus. 2°) castration droite pour salpingite. 3°) ablation d'un appendice sclérosé et filiforme. 4°) au moment de refermer, on découvre un cancer du côlon pelvien sténosant. Extériorisation par le procédé de Quénu-Cruet.

Le 12 mars 1935 : éther. Résection. Suites simples.

Le 3 décembre 1935 : éther. Après deux poses d'entérotomie, cure extra-péritonéale de l'anus. Excellent résultat.

26 septembre 1938 : très bon état, cicatrice faible.

Histologie : épithélioma glandulaire.

OBSERVATION 44. — *Cancer du côlon pelvien, coexistant avec une tumeur vilieuse du rectum. Opération de Quénu-Cruet. Parfait état un an et demi après.*

Mme C..., 76 ans, est vue le 2 avril 1937 pour faux besoins, glaires séro-sangainolentes depuis deux mois. Amaigrissement léger. Au T. R., masse pédiculée de consistance molle, vilieuse, implantée sur paroi postérieure.

Interventions (8 avril 1937). Tumeur vilieuse du rectum. Ether. Dila-

lation de l'anus. Extériorisation de tumeur. Ablation avec une collerette de muqueuse rectale. Suture de la muqueuse. Suites simples.

Sort le 21 avril. Le jour de sa sortie, au bureau de l'hôpital, abondante hémorragie rectale de sang rouge.

Examen : état local satisfaisant. Hospitalisation.

Rectoscopie : à 25 cm, une tumeur saignante avec gros bourgeons sur face postérieure. Prélèvement.

Histologie : 1°) de la tumeur rectale : tumeur villeuse typique. 2°) du prélèvement rectoscopique : épithélioma glandulaire typique.

Le 8 juin 1937, cancer du côlon sigmoïde. Ether. Laparotomie médiane. Un cancer en virole du sigmoïde. Extériorisation suivant la technique de Quénu-Cruet.

Le 15 juin, éther, résection. Suites simples.

Le 21 octobre, éther. Cure extra-péritonéale après pose d'entérotome d'un anus in situ. Résultats parfaits. Sort le 22 novembre 1937.

Le 12 décembre 1938, excellent état général et local.

OBSERVATION 45. — *Cancer du côlon sigmoïde. Opération de Quénu-Cruet. Excellent état un an après.*

M. L..., 66 ans, entre le 17 décembre 1937. Constipation de plus en plus marquée à dater de Août 1936. Parfois coliques et selles sanglantes. En Novembre 1936, crises de coliques tous les matins, calmées par une selle mousseuse. Ballonnement du ventre.

Le 17 novembre 1937, *examen radiologique* par lavement : arrêt sur le côlon sigmoïde.

Interventions (21 décembre 1937). (Dr LEFORT). Ether. Extériorisation de l'anse sigmoïde par la méthode de Quénu-Cruet. Suites : congestion pleuro-pulmonaire avec réaction pleurale liquidienne.

Le 30 décembre 1937 : on profite d'une amélioration pour réséquer l'anse, sans anesthésie. Suites : la congestion pleuro-pulmonaire évolue peu à peu vers la guérison. Sort le 11 janvier 1938.

Il fait chez lui une pleurésie purulente gauche qui nécessite une intervention. Rétablissement pénible. Le malade hésite devant la cure de l'anus. Il ne se décide qu'à la condition expresse que l'opération sera faite sans anesthésie générale.

Le 13 octobre 1938 (Dr LEFORT). Anus artificiel. Rachi-anesthésie. Cure extra-péritonéale à points séparés. Suites : une petite fistule au 6^e jour qui se ferme spontanément. Sort le 30 octobre avec l'anus complètement fermé. Excellent état fin Décembre 1938.

b) AVEC DÉRIVATION PRÉALABLE : HUIT CAS.

OBSERVATION 46. — *Cancer du côlon descendant en occlusion. Typhlostomie. Opération de Quénu-Cruet. Persistance d'une fistule stercorale. Mort au bout de dix ans, à l'âge de 83 ans, sans signe de récédive.*

M. B..., 74 ans, est admis le 11 mai 1925 pour occlusion. Constipation habituelle, aggravée depuis quelques mois. Plusieurs crises précédentes de subocclusion. Un *lavement baryté* administré il y a trois mois avait montré un obstacle sur le côlon gauche, mais le malade avait refusé l'intervention. Actuellement, douleurs vives, vomissements, arrêt des matières depuis six jours, arrêt des gaz presque complet. Ballonnement. Quelques ondes péristaltiques.

Le 14 mai 1925 : typhlostomie sous anesthésie locale, avec ouverture différée de quelques heures. Amélioration. Le malade refuse toute intervention pendant quatre mois.

Le 13 octobre 1925 : extériorisation. Incision sous costale gauche, prolongée assez loin en bas et en arrière. Squirrhe de la partie supérieure du côlon descendant. Décollement, extériorisation suivant la technique de Quénu-Cruet. Suites simples.

Le 19 octobre 1925 : Résection. Suites simples. Sort le 22 novembre.

En 1926 : Cure de la typhlostomie extra-péritonéale, facile et définitive. Trois tentatives infructueuses de fermeture de l'anus de l'hypocondre. L'opéré s'accommode d'ailleurs assez bien de son infirmité, qui ne l'empêche pas d'aller au bal danser.

Revu en 1928, à propos d'un traumatisme des bourses. Il envoie de ses nouvelles régulièrement tous les ans, jusqu'en 1934. Nous apprenons son décès le 9 août 1934, décès de cause inconnue, sans signe apparent de récédive.

OBSERVATION 47. — *Cancer du côlon descendant en occlusion. Typhlostomie. Opération de Quénu-Cruet. Cure de l'anus par exclusion bilatérale. Mort au bout de sept ans, par occlusion par brides, sans récédive.*

Mme B..., 60 ans, est admise le 19 novembre 1925 pour occlusion intestinale.

Depuis plusieurs mois, crises répétées d'obstruction, ayant cédé à l'atropine et aux lavements hypertoniques. Dans les antécédents, deux opérations : hystérectomie pour fibrome en 1916 à l'hôpital St-Joseph; hépatopexie en 1922 à l'Hôtel-Dieu. On pense à une occlusion par brides ou adhérences. Au bout de 48 heures, l'occlusion se complète : pas de selles, peu de gaz, des vomissements.

Le 21 novembre 1925, Typhlostomie sous anesthésie locale; le cæcum est mis à la peau le matin, ouvert le soir. Issue abondante de matières liquides. Déballonnement.

Le 5 décembre 1925. *Examen radiologique* : 1°) lavement par la typhlostomie : arrêt dans le côlon gauche, au niveau de la crête iliaque, avec dilatation en ce point. 2°) lavement par l'anus : arrêt à 2 travers de doigt au-dessous de la crête iliaque. Les deux colonnes barytées restent distantes de plusieurs centimètres.

Le 10 décembre 1925 : extériorisation. Ether. Incision ilio-lombaire. extériorisation facile d'une tumeur squirrheuse grosse comme une mandarine. Suites simples.

Le 17 décembre 1925. Résection. Suites simples. Lever le 27^e jour. Sortie le 23 janvier.

De 1926 à 1930, plusieurs tentatives de fermeture de l'anus, toutes extra-péritonéales. Il persiste une petite fistule pyo-stercorale qui se ferme pendant quelque temps, et se rouvre avec évacuation de pus.

En juillet 1930 : amaigrissement, hématomèse abondante. Un examen radiologique pratiqué en septembre montre une sténose pylorique.

Le 13 septembre 1930 : Laparotomie. Le canal pylorique plonge dans un amas d'adhérences inextricables. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.

Les nausées et les vomissements disparaissent, la malade engraisse.

En 1930 et 1931, nouvelles tentatives chirurgicales contre la petite fistule pyo-stercorale. Récidive avec abcès après plusieurs mois de guérison apparente. On décide l'exclusion en 2 temps.

Le 15 mars 1932, transverso-sigmoïdostomie.

Le 16 avril 1932, exclusion bilatérale avec mise à la paroi du bout supérieur.

Le 18 août 1932, extirpation de l'anse exclue. Opération difficile à causes des adhérences.

Le 19 novembre 1932, admission d'urgence pour occlusion aiguë, avec vomissements fécaloïdes, poulx incomptable. Opération immédiate. Laparotomie médiane. Nombreuses adhérences. Une anse grêle est étranglée dans une sorte d'anneau formé par une adhérence mésentérique. Levée de l'obstacle. Typhlostomie sur le cæcum encore adhérent à la paroi.

Mort le 20 novembre 1932.

OBSERVATION 48. — *Cancer du côlon sigmoïde vu en occlusion. Typhlostomie. Opération de Quénu-Cruet. Décès deux ans après.*

Mme E..., 71 ans, entre le 10 novembre 1926 pour occlusion. Constipée habituelle. Depuis quatre jours arrêt des matières, peu de gaz. Ballonnement, ondulations, langue rôtie, poulx à 120.

Interventions (10-11-26)). Occlusion. Typhlostomie à la locale. Ouverture immédiate. Issue de gaz. Déballonnement. Un lavement baryté donné par l'anus s'arrête sur le sigmoïde. Un lavement par typhlostomie s'arrête au niveau du colon iliaque et n'atteint pas le premier.

Le 11 décembre 1926 : Ether. Laparotomie. Un cancer en ficelle. Gros ganglions dans le méso. Trainées néoplasiques sur l'anse. Comme l'extériorisation est facile on tente l'exérèse à titre palliatif. Technique de Quénu-Cruet.

Le 18 décembre, résection. Suites simples. Sort le 10 janvier 1927.

Le 11 octobre 1927, éther. Fermeture extra-péritonéale d'un anus cæcal. Excellent résultat.

Décès en Décembre 1928.

OBSERVATION 49. — *Cancer de l'anse sigmoïde vu en occlusion. Typhlostomie. A cette époque le cancer est jugé inopérable en raison des troubles vésicaux attribués à une propagation. La colectomie à la Quénu-Cruet peut être faite un an après. Bon état trois ans et onze mois après. Pas de nouvelles ensuite.*

Mme C..., 61 ans, entre le 12 avril 1926 pour subocclusion intestinale. Début en février 26, par crise d'obstruction durant deux jours. Depuis très constipée : une selle tous les dix à douze jours. Douleurs abdominales très violentes terminées par des gargouillements. Troubles urinaires intenses : mictions difficiles, brûlures, pollakiurie.

Interventions (15-4-1926). Occlusion. Typhlostomie à la locale. Ouverture le deuxième jour.

Examen radiologique : par lavement baryté : arrêt sur le sigmoïde. Lavement par la typhlostomie : ne peut rejoindre le premier.

Cystoscopie (23 mai) « très peu de choses : quelques plaques ecchymotiques au niveau de la calotte et bulles d'œdème disséminées surtout au niveau du trigone. Orifices urétéraux normaux. Petit polype urétral. »

Le 16 septembre ablation du polype au thermocautère.

Revue le 28 février 1927 pour prolapsus de l'anus cæcal. Les troubles urinaires ont disparu.

Le 12 mars 1927 cure opératoire du prolapsus à l'éther. Cerclage. On profite de l'anesthésie pour faire un examen. La tumeur est mobile; elle paraît opérable.

Le 2 avril 1927 éther. Laparotomie médiane. Extériorisation à la Quénu-Cruet. Tumeur mobile. Rien à la vessie.

Le 7 avril. Résection. Suites normales.

Le 8 septembre : cure d'anus cæcal par le procédé de Lenormant. Désunion, échec.

Le 22 octobre cure extrapéritonéale d'un anus cæcal. Sort le 23 no-

vembre la fistule cœcale fermée. Il persiste un petit anus médian qui n'admet même pas le doigt. Elle va à la selle par son anus naturel mais un peu plus par l'anus artificiel.

Excellent état le 16 mars 1931 : petit anus médian. Depuis elle a quitté son domicile sans laisser d'adresse, pour entrer dans un asile de vieillards.

OBSERVATION 50. — *Cancer du côlon pelvien, vu en occlusion Typhlostomie. Opération de Quénu-Cruet. Bon état huit ans après. Pas de nouvelles ensuite.*

Mme V..., 51 ans, entre le 23 janvier 1928 pour occlusion intestinale. Constipée habituelle. Il y a un mois crise de diarrhée. A son entrée, n'a pas eu de selle depuis quatre jours; peu de gaz. Traitement médical : échec. Vomissements, arrêt des gaz.

Intervention (30 janvier 1928). Occlusion. Typhlostomie à la locale. Ouverture le lendemain. Le ventre se déballonne.

Le 7 février un *lavement baryté* remplit le sigmoïde très volumineux puis une trainée grise se détache et remplit incomplètement l'iliaque. Image en « accordéon ».

Le 21 février : éther. Laparotomie. Petit squirrhe sans adhérences du sigmoïde. Extériorisation à la Quénu-Cruet.

Le 28 février : résection. Suites simples.

Histologie : épithélioma cylindrique très envahissant.

Le 8 septembre, après pose d'entérotome à deux reprises : éther. Cure extra-péritonéale de l'anus artificiel. Succès partiel. Il ne persiste qu'une fistule grosse comme une tête d'épingle. Sort le 6 octobre 1928.

La fistule s'est rapidement fermée, reprise rapide de poids. Dernières nouvelles en octobre 1936. Elle quitte ensuite son domicile en bon état sans laisser d'adresse.

OBSERVATION 51. — *Cancer du côlon sigmoïde. Opération de Quénu-Cruet. Typhlostomie entre les deux temps. Décès dix-huit mois après de généralisation avec récurrence locale.*

Mme C..., 51 ans, est vue le 9 août 1932 pour crises douloureuses abdominales à type de coliques durant quelques minutes et se terminant par un vomissement et par émission de gaz. Ces crises ont débuté en mai 1932 et sont plus vives depuis juillet. Très constipée. Amaigrissement de 16 kilos. Ballonnement.

Un *lavement baryté* s'arrête sur le sigmoïde.

Interventions (10 août 1932). Ether. Laparotomie médiane. Squirrhe en ficelle du sigmoïde, grosse dilatation colique. Extériorisation à la Quénu-Cruet. Ponction de l'anse. Suites : coliques, vomissements.

Le 13 août 1932 : typhlostomie. Ouverture retardée le soir. Déballonnement.

Le 16 août : résection. Suites simples.

Le 3 décembre 1932 : cure intra-péritonéale de l'anus artificiel. Succès partiel; il persiste une fistule.

Le 30 novembre 1933 : anus in situ. Ether On se propose de faire la cure de l'anus. Nécrose néoplasique autour de l'anse abouchée à la peau. Ascite. On referme sans avoir rien fait.

Décès en janvier 1934.

Histologie de la tumeur : épithélioma cylindrique. Ganglions non envahis.

OBSERVATION 52. — *Cancer du côlon iliaque, Typhlostomie faite en Espagne, Opération de Quénu-Cruet. Pas de nouvelles depuis.*

M. De G..., 47 ans, vu le 18 septembre 1933. Opéré à plusieurs reprises en Espagne : le 31 décembre 1932 pour appendicite aiguë; le 20 janvier 1933 pour occlusion du grêle. Le chirurgien a constaté à ce moment un coude sur le sigmoïde. En Avril 1933, nouvelle occlusion. Typhlostomie. Depuis nausées fréquentes, amaigrissement. A l'examen : ventre ballonné.

Un lavement baryté s'arrête au niveau du côlon iliaque. Un lavement donné par typhlostomie s'arrête au niveau du côlon descendant. Dilatation considérable du transverse.

Interventions (19 octobre 1933). Cancer du côlon iliaque. Ether. Laparotomie médiane. Exploration : un cancer de l'iliaque, un bouton de Murphy dans l'angle droit. Incision iliaque gauche. Extériorisation suivant la technique de Quénu-Cruet.

Le 25 octobre résection. Suites simples. Sort le 25 novembre. Revu le 12 janvier 1934. Depuis parti sans adresse.

Histologie : Epithélioma glandulaire.

OBSERVATION 53. — *Cancer de l'angle splénique, vu en occlusion. Typhlostomie. Opération de Quénu-Cruet. Bon état deux ans et cinq mois après.*

Mme G..., 53 ans, entre pour occlusion le 20 avril 1936. Depuis un mois constipation progressive. pas de selles depuis dix jours. Peu de gaz. Ballonnement. Ondulations péristaltiques.

Interventions, 20 avril 1936 (D^r GANDY). Occlusion. Rachis. Laparotomie médiane. Distension du grêle et du cadre colique. Un cancer en virole de l'angle splénique. Incision iliaque droite et typhlostomie. Ouverture immédiate. Issue de gaz et de liquides.

Le 16 mai (D^r GANDY). Tumeur de l'angle splénique. Ether. Incision

iliaque gauche. Extériorisation à la Quénu-Cruet. Le 23 mai résection. Suites simples.

Le 19 janvier 1937 fermeture de l'anus artificiel par le procédé extra-péritonéal. Résultat parfait.

Le 22 novembre 1937 on ferme la petite fistule cœcale qui continue à donner un peu et oblige à porter un pansement. En octobre 1938 très bon état général et local.

3. Résections recto-sigmoïdiennes (Op. de Hartmann) : onze cas.

a) SANS DÉRIVATION PRÉALABLE : SIX CAS.

OBSERVATION 54. — *Cancer du côlon recto-sigmoïdien. Extirpation abdominale. Décès cinq ans après de paraplégie.*

M. B..., 60 ans, est vu le 3 janvier 1927 pour : ténesme, faux besoins surtout marqués depuis deux mois. A trois reprises, abondantes hémorragies de sang rouge. Amaigrissement de trois kilos. Rien au T. R.

Une *rectoscopie* (8 décembre 1936) a montré un bourgeon saignant, gros comme une fraise à douze cm. Prélèvement.

Histologie : épithélioma cylindrique.

Un *lavement baryté* a montré une lacune recto-sigmoïdienne.

Intervention (13 janvier 1927). Cancer recto-sigmoïdien. Rachi. Laparotomie médiane. Néo comme une noix à 5 cm. au-dessus du plancher. Extirpation abdominale retrograde. Contre incision iliaque pour colostomie terminale. Suites simples. Ouverture de l'anus le deuxième jour. Le 12 février retouche d'anus, résection de la longueur d'intestin qui dépasse. Sort le 26 février 1927.

Décès le 9 février 1932 de paraplégie.

OBSERVATION 55. — *Cancer du côlon sigmoïde. Extirpation abdominale. Excellent état quatre ans après.*

M. S..., 67 ans, est vu le 2 octobre 1934 pour constipation depuis quatre mois, avec deux crises de subocclusion. Sang rouge dans les selles à deux reprises. Amaigrissement. Pas de tumeur palpable.

Une *radiographie* faite en province a montré un arrêt sur le sigmoïde et une distension de l'ampoule.

Intervention (9 octobre 1934). Cancer sigmoïdien. Ether. Dilatation de l'anus. Laparotomie médiane. Grosse tumeur pelvienne avec petite adhérence à la vessie que l'on libère. Extirpation abdominale. Colostomie par contre incision iliaque.

Suites particulièrement bonnes. Ouverture le troisième jour. Sort le 2 novembre 1934.

Dernières nouvelles du 6 octobre 1938 : Excellent état, selles régulières. Une petite éventration médiane.

OBSERVATION 56. — *Cancer du côlon pelvien opéré avec le diagnostic de mégacôlon. Extirpation abdominale. Bon état trois ans et demi après.*

Mme B..., 45 ans, vue le 25 février 1935 pour constipation opiniâtre depuis toujours qui s'est aggravée depuis un an et alterne avec des périodes diarrhéiques. Depuis trois mois : selles sanglantes. En outre parfois véritables hémorragies, la première fut très abondante et déclanchée par une purgation. Ballonnement. Par T. V. une masse développée à gauche et en arrière de l'utérus.

Un lavement baryté remplit sans difficulté tout le cadre colique qui est anormalement développé. Belle image de Mégacôlon.

Intervention (14 mars 1935). Mégacôlon en réalité néo du côlon pelvien. Ether. Laparotomie médiane. Une masse à gauche et en arrière de l'utérus, adhérente au ligament large. On la décolle et il s'écoule trois gouttes de pus très fétide. Cette masse est un cancer du côlon pelvien. Extirpation abdominale. Colostomie par contre incision. Mickulicz. Dilatation de l'anus.

Suites : gros ballonnement ne cédant qu'aux lavages d'estomac. Désunion de la suture au-dessus du pubis.

Le 5 mai 1936. Eventration. Ether. Cure opératoire. Sort le 28 mai. Revue le 7 octobre 1938. Va très bien. Selles régulières. Petite éventration.

OBSERVATION 57. — *Cancer recto-sigmoïdien fébrile, découvert par laparotomie. Le diagnostic était nécrobiose de fibrome. Amputation abdominale. Décès six mois après de récurrence locale.*

Mme C..., 54 ans, est vue le 15 avril 1935 dans le service de médecine où elle est hospitalisée. Depuis Février, température à 38°5 sans autre signe. Les examens cliniques et radiologiques des poumons n'ont rien montré d'anormal. Opérée il y a huit mois de castration bilatérale avec conservation de l'utérus. Cependant, par interrogatoire poussé : léger ténesme, parfois épreintes. Au T. V., gros fibrome utérin en rétroversion. Devant ce tableau on pense à nécrobiose de fibrome ou cancer de l'utérus.

Intervention, 27 avril 1927 (Dr GANDY). Cancer recto-sigmoïdien. Rachi. Laparotomie médiane. Gros cancer encéphaloïde, mobile. Excision par la technique de Hartmann. Suites : vers le dixième jour, occlusion. Refus de l'intervention. Un lavement baryté force la valvule de Bauhin et redresse une anse coudée sur le drain. Sort le 3 juin. Revue

le 3 octobre 1935. Récidive sur le bout inférieur. Refuse tout traitement.
Décès le 20 novembre 1935.

Histologie : épithélioma atypique.

OBSERVATION 58. — *Cancer recto-sigmoïdien. Amputation abdominale.*
Excellent état au bout de un an et dix mois.

Mme B..., 60 ans, est vue le 12 février 1937 pour : ténesme, faux besoins, émission de glaires séro-sanglantes; amaigrissement de plusieurs kilos. Au T. R., à bout de doigt, on sent le pôle inférieur d'une masse dont on apprécie mal les caractères.

Rectoscopie (Dr JACQUELIN). Tumeur saignante, bourgeonnante à 14 cm. Prélèvement. *Histologie* : épithélioma cylindrique avec dégénérescence colloïde.

Intervention, 20 février 1937. Cancer recto-sigmoïdien. Ether. Extirpation abdominale d'une tumeur libre au-dessus du plancher pelvien. Technique habituelle.

Suites simples. Ouverture de l'anus le troisième jour. Fin Décembre 1938, excellent état.

OBSERVATION 59. — *Cancer recto-sigmoïdien. Extirpation abdominale.*
Bon état un mois après.

M. A..., 60 ans, est vu le 2 décembre 1938 pour ténesme; épreintes, sang dans les selles, amaigrissement de quatre kilos. Il a consulté le Dr CAÏN à l'hôpital St-Antoine qui a fait une rectoscopie et un prélèvement dont voici le résultat : « A 12 cm. épithélioma typique de la paroi antérieure ». Rien au T. R.

Intervention. 10 décembre 1938. Néo recto-sigmoïdien. Ether. Laparotomie médiane. Gros néo obstruant le fond du pelvis adhérent à la vessie par une surface de la grandeur d'une pièce de 5 fr. On le libère. Extirpation abdominale. Dilatation de l'anus.

Suites : le troisième jour, rétention aiguë d'urine avec température à 39°. Sondé à deux reprises. La fièvre ne cède qu'avec une sonde à demeure.

Sort le 6 janvier 1939 en bon état, anus fonctionnant bien.

b) AVEC DÉRIVATION PRÉALABLE : CINQ CAS.

OBSERVATION 60. — *Cancer recto-sigmoïdien vu en occlusion. Colostomie. Extirpation abdominale. Mort un an et demi après de métastase pulmonaire.*

Mme D..., 45 ans, entre le 1^{er} septembre 1925 pour occlusion. Constipée habituelle. Pas de selles depuis huit jours. Le 30 août, vomisse-

ments, arrêt des gaz. Ballonnement. Ondulations. Au T. V. nodosités dures dans le Douglas.

Intervention, 1^{re} septembre 1925. Ether. Laparotomie. Distension des anses, surtout coliques. Sur face antérieure du sigmoïde ulcération froncée rappelant l'aspect d'un ulcus gastrique : néo ? Colostomie sur bougie. Déballonnement.

Rectoscopie : aspect de néo en virole de la jonction recto-sigmoïdienne. Prélèvement.

Histologie : adéno-épithélioma typique.

Le 28 septembre 1925. Cancer recto-sigmoïdien. Hystérectomie totale et extirpation abdominale. Suites : température à 39° pendant quinze jours, en rapport avec une infection urinaire. Sort le 15 novembre. Décès le 13 janvier à la Charité de « métastase pulmonaire revêtant le type de carcinose miliaire aiguë ».

OBSERVATION 61. — *Cancer du côlon sigmoïdien vu en occlusion. Typhlostomie. Extirpation abdominale. Mort le dixième jour, de défaillance progressive.*

Mme N..., 54 ans, entre le 27 mai 1929 pour occlusion. Depuis un mois, phases d'obstructions tenaces avec melæna terminal. Ballonnement. Rien au T. R.

Interventions. Le 28 mai. Iléostomie à la locale. Déballonnement. Un *examen radiologique* ne montre rien d'anormal. Rentre chez elle.

Revient le 25 novembre 1929 en occlusion nouvelle. Le jour même (D^r BÉCLÈRE). Typhlostomie à la locale. Le ventre se déballonne.

Nouvel examen radiologique : arrêt du lavement baryté sur le sigmoïde.

Le 24 décembre. Cancer du sigmoïde. Incision médiane. Extirpation abdominale technique habituelle.

Ouverture de l'anus le deuxième jour. Mort le dixième jour, de cachexie progressive.

Histologie : Epithélioma glandulaire.

OBSERVATION 62. — *Cancer du côlon sigmoïde opéré en occlusion. Colostomie. Extirpation abdominale. Iléo-coloplastie. Excellent état sept ans après.*

Mlle H..., 41 ans, entre le 19 août 1931 adressée par le D^r FEY. Il l'a opérée en Mai pour occlusion, il a vu un cancer sigmoïdien bas et a fait une colostomie. Au toucher digital par la colostomie on sent la tumeur.

Le 27 août 1931. Ether. Extirpation abdominale technique habituelle. Sort le 12 octobre après phlébite du membre inférieur droit.

Revue avec moral déplorable. Ne veut plus vivre avec son infirmité. Elle accepte tous les risques qu'on lui expose.

Le 17 mai 1932. Iléocoloplastie.

Le 9 juin. Raccordement iléocolique.

Fin Août on revoit la malade avec un rétrécissement iléo-rectal.

Le 27 octobre 1932. Résection du rétrécissement iléo-rectal.

Excellent état le 1^{er} janvier 1939.

OBSERVATION 63. — *Cancer du côlon sigmoïde ayant eu typhlostomie pour occlusion. Extirpation abdominale. Décès le lendemain de collapsus cardiaque.*

Mme C..., 72 ans, est vue le 28 janvier 1936. Il y a un mois, en province, typhlostomie pour occlusion. Constipée habituelle, l'occlusion a été la première manifestation.

Examen radiologique : un lavement s'arrête sur le sigmoïde. Un autre lavement donné par la typhlostomie ne peut rejoindre le premier.

Intervention. Le 8 février 1936, Ether. Laparotomie médiane. Un squirrhe en ficelle de la partie inférieure du sigmoïde. Extirpation abdominale technique habituelle.

Décès le 9 février de collapsus cardiaque.

Histologie : épithélioma glandulaire.

OBSERVATION 64. — *Cancer du recto-sigmoïdien vu en occlusion. Typhlostomie. Extirpation abdominale. Décès sept mois après de généralisation.*

Mlle B..., 43 ans, entre le 13 décembre 1937 pour occlusion. Crise d'obstruction en 1931. Nouvelles crises en 1932 et 1935, cette dernière avec rétention d'urine. Crise légère le 15 novembre. Enfin, occlusion actuelle qui remonte au 13 décembre. Amputation des deux seins pour tuberculose mammaire. Aveugle de naissance.

Gros météorisme; ondulations visibles sous la peau.

Interventions. 13 décembre 1937. (Pierre LIGNON). Occlusion. Typhlostomie à la locale. Ouverture le lendemain. Issue de gaz et de matières liquides. Le lendemain, plus de matières; vomissements.

Le 15 décembre. Ether. Laparotomie médiane. Côlon et grêle très dilatés. Exploration : un squirrhe en ficelle recto-sigmoïdien, mobile, sera enlevable ultérieurement par opération abdominale. On remplace la sonde de typhlostomie par un plus gros drain. Le ventre se débalonne.

Le 12 janvier 1938. (Pierre LIGNON). Cancer recto-sigmoïdien. Ether. Dilatation de l'anus. Laparotomie médiane. Le néo adhère au ligament utéro-ovarien gauche. Castration gauche. Extirpation abdominale.

Suites simples : la typhlostomie se ferme toute seule. Sort le 22 février 1938.

On apprend son décès en Août 1938 de généralisation.

4. Colectomie totale : un cas.

OBSERVATION 65. — *Cancer de l'angle splénique avec mégacôlon. Colectomie totale en trois temps. Excellent état neuf ans après.*

M. S..., 37 ans, est vu le 21 octobre 1929 pour douleurs abdominales et constipation opiniâtre.

Depuis 1918, va de plus en plus difficilement à la selle. Il y a quatre ans, syndrome douloureux abdominal avec 38°. Depuis trois mois, son ventre augmente de volume et il n'a pas de selle moulée. Jamais de sang.

Ballonnement sans masse perceptible.

Examen radiologique (23 octobre) : quatre litres de lait baryté injectés par lavement distendent la boucle splénique sans dépasser la partie moyenne du transverse. Gros mégacôlon.

Interventions, 7 novembre 1929. Mégacôlon. Ether. Laparotomie médiane. Tout le côlon est distendu surtout le transverse et le côlon droit. Exploration négative. *Iléo-sigmoïdostomie* latéro-latérale. Suites bonnes.

Le 21 novembre. Deuxième temps, *Exclusion bilatérale du côlon ouvert aux deux bouts*. Ouverture des anses le troisième jour. Grands lavages du côlon. Jamais l'eau introduite par un des bouts ne ressort par l'autre.

Le 30 janvier 1930. Mégacôlon total en réalité cancer du côlon. Troisième temps : *Colectomie totale*. En raison d'une hémorragie par surface cruentée du pôle inférieur de la rate, on doit faire la *splénectomie*.

Suites : choc intense le soir. L'état s'améliore dans les jours qui suivent. Lever le vingt-deuxième jour. Sort le 2 mars 1930.

Excellent état le 7 octobre 1938; ne suit aucun régime, selles quotidiennes.

Histologie : épithélioma cylindrique très envahissant.

CONCLUSIONS

L'étude de nos observations nous montre que le diagnostic du cancer du côlon gauche donne lieu à des difficultés variables. Certains aspects cliniques sont assez caractéristiques. Parfois les signes sont anormaux ou trompeurs.

La rectoscopie est un admirable instrument de diagnostic qui donne la plus grande sécurité pour les vingt cinq derniers centimètres du gros intestin.

La radiographie apporte dans le diagnostic soit des éléments de sécurité, soit des éléments de grande présomption, à condition que l'enquête radiologique soit faite suivant des techniques précises.

Malgré tous les progrès faits dans le diagnostic du cancer du côlon gauche, il passe encore souvent inaperçu et n'est parfois révélé que par une complication ou découvert par laparotomie.

Les trente-quatre opérations palliatives que nous avons pratiquées pour des cancers très avancés nous ont donné l'impression que la colostomie était bien préférable aux anastomoses, moins peut-être par la durée de la survie que par le soulagement plus effectif qu'elle donne aux malades.

A part onze opérations de HARTMANN pour des cancers sigmoïdiens bas et quelques opérations exceptionnelles (une colec-

tomie totale, une opération de REYBARD), nos colectomies ont toutes été des colectomies par extériorisation avec résection différée suivant la technique de QUÉNU et CRUET.

Nos observations confirment la bénignité de cette opération, qui en fait le procédé de choix chez les malades âgés et fatigués. *Mais elles montrent en plus que les reproches qui ont été adressés à cette opération sont peut-être plus théoriques que réels, puisqu'elle nous a donné des résultats éloignés qui peuvent soutenir la comparaison avec ceux de n'importe quelle autre méthode d'extériorisation.*

Vu : *Le Président de Thèse,*
P. MOCQUOT.

Vu : *Le Doyen,*
M. TIFFENEAU.

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur,
L'Inspecteur de l'Académie,
MIVEY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Technique de l'extirpation des tumeurs du gros intestin (rectum excepté). *Congrès de Chirurgie*, 1922.
- ADAMSON (W. A. D.) et IAN AIRD. — Observation en faveur de l'origine nerveuse du mégacolon. *The British Journal of Surgery*, Octobre 1922, page 220.
- ALLENDE. — Cancer del colon descendente. *Revista medica del Rosario*, Septembre 1934, page 879, 888.
- AUBERT. — Anus latéral à éperon épiploïque. *Journal de Chirurgie*, Tome XL, page 649.
- AUMONT. — Néoplasme recto-sigmoïdien : opération de Hartmann. Guérison maintenue après quatorze mois. *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1934, page 970.
- AUVRAY et LEVEUF. — Cancer du colon. *Bulletin et Mémoires de la société de chirurgie*, 1926, page 1067.
- BABCOCK (W. W.). — Traitement opératoire du cancer recto-sigmoïdien, avec procédés pour éviter la colostomie. *Surgery, gynecology and obstetrics*, Novembre 1932, page 627.
- . Le traitement du cancer du colon. *American Journal of Digestive Diseases and Nutrition*, Juillet 1934, vol. I, page 342.
- BARGEN (J. A.) et DIXON (C. F.). — Colite ulcéreuse chronique et cancer du côlon. *Archives of Surgery*, 5 mai 1935, page 1042.
- BENSAUDE et THIBAUT. — Cancer de l'angle droit du côlon à forme anémique. *Soc. méd. hop. Paris*, 28 novembre 1933.
- BENSAUDE, CAÏN et HILLEMAND. — Dans BENSAUDE : les maladies de l'intestin.
- BENSAUDE, CAÏN et POIRIER. — Les fibromes, fibro-myomes et myomes du rectum. *Journal de Chirurgie*, Tome XLII, 1933.
- BENSAUDE, HILLEMAND et AUGIER. — La polyposse intestinale. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, Mai 1932, page 473.
- BERNARD (R). — Quatre cas de cancer du côlon gauche enlevés en un temps avec entérostomie complémentaire et suture termino-terminale extériorisée. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, Tome 61, 28 décembre 1935, page 1436.
- BERTRAND. — Etude du cancer du côlon transverse et de ses angles. *Thèse Lyon*, 1925-26.
- BERTRAND et CORAJOD. — Traitement chirurgical du cancer du côlon pelvien. Un volume chez Masson.

- BLOODGOOD (J. G.). — Cancer du côlon et du rectum. *Annals of Surgery*, Avril 1932, page 590.
- BORZA et TOTOIANU. — Etude clinique sur le cancer du côlon et son traitement chirurgical. *Clujul Medical*, tome 16, n° 1, Janvier 1935.
- BLANC. — Formes latentes, fébriles du cancer du gros intestin. *Bulletin et Mémoires Soc. Chir.*, Paris, N° 2, Janvier 1929.
- BOURDE (Y.). — Colectomie segmentaire avec suture incomplète des deux bouts. *Bulletin et Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1937, page 397.
- BOYER. — Contribution à l'étude du traitement radical du cancer du côlon gauche. *Thèse Paris*, 1919-1920.
- BRANISTEANU et MOINE. — Sur l'étude radiologique de la muqueuse du gros intestin. *Presse Médicale*, 9 mars 1935.
- BRISSET (M.). — Cancer de l'S iliaque. Ablation en un temps avec fistule coecale temporaire à la Witzel. *Bulletin et Mémoires de la Soc. Chir.*, 1927, page 757.
- BROHÉE (G.) et URBAIN (M.). — Diverticulose sigmoïdienne. *Journal belge de gastro-entérologie*, Février 1933, page 54.
- BROOKS (C. D.), CLINTON (W. R.) et ASHLEY (L. B.). — Lipome du côlon sigmoïde. Huit cas de chirurgie colique. *The American Journal of Surgery*, Avril 1933, tome XX.
- BULL (P.). — Sur deux cas de cancer du côlon et de l'estomac observés sur deux frères. *Bulletin et Mémoires de la Soc. Chir.*, 1932, page 1338.
- BURT (C. V.). — Opération de Mickulicz, opposée aux procédés en un temps dans le cancer du colon. *New-York State Journal of Medicine*, 15 novembre 1935, p. 1148.
- CAÏN. — Les formes dysentériques du cancer recto-sigmoïdien. *Journal Méd., Franc.*, Février 1929.
- CAMPO (J. C. del) et PONEY (E. L.). — Résultat de l'examen radioscopique dans l'occlusion intestinale. *Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, Décembre 1932, page 334.
- CARAYANNOPOULOS. — Sur le traitement chirurgical du cancer du gros intestin, rectum inclus. Cas personnels. *Asclipios*, Juin 1936.
- CARNOT. — Cancers du côlon droit. *Science médicale pratique*.
- CARTER (R. F.). — Cancer du jujénium. *Annals of Surgery*, Décembre 1935, page 1019.
- CAVAILLON et PERRIN. — La colectomie dans les cancers du gros intestin. *Revue de Chirurgie*, 10 juin 1908, page 761.
- CHARRIER et LEIBOVICI. — De l'excérèse des cancers du côlon compliqués de gros abcès périnéoplasiques. *Journal de Chirurgie*, Janvier 1931.
- CHATON. — Dix-sept résections segmentaires du gros intestin en un temps. *Bulletin et Mémoires de la Soc. Chir.*, 1922, page 690.

- — Remarques techniques pour servir à la pratique de la colectomie idéale en un temps. *Congrès Français de Chirurgie*, 1934, page 389-396.
- CHEEVER (D.). — Le choix de l'opération dans le cancer du côlon. *Annals of Surgery*, Octobre 1931, page 705.
- CHÉNE et HÉMON. — Sur les accidents subocclusifs aigus avec diarrhée permanente. *Gazette Médicale de France*, 1^{er} octobre 1930.
- CHEVASSU. — La chirurgie de l'angle colique gauche par l'incision latérale du flanc. *Bulletin et Mémoires de la Soc. Chir.*, 1919, page 614.
- CHIRAY et ROSANOFF. — Le cancer du côlon à début atypique. *Presse Médicale*, n° 87, 30 octobre 1935, page 1689.
- COKKINIS (A. J.). — Cancers multiples du côlon avec quatre observations personnelles. *The British Journal of Surgery*, Avril 1934, page 570.
- COLIEZ. — L'anatomie radiologique des angles coliques et du recto-sigmoïde dans les positions transverses. *Cahiers de Radiologie*, Octobre 1935.
- CONSTANTINI (H.) et CURTILLET (E.). — Des fistules stercorales, des anus contre nature et de leur traitement. *L'Algérie Médicale*, 1937.
- CORRACHAN (M.). — Chirurgie du côlon excepté le cancer. *Société internationale de Chirurgie*. X^e Congrès. Le Caire, 30 décembre 1935.
- CRAFOORD (C.). — Cancers du côlon à l'hôpital de Sabbatsberg. *Acta chirurgica Scandinavica*, Mai 1935, page 513.
- CRUET (P.). — De la meilleure technique opératoire applicable à la méthode d'extériorisation dans l'extirpation des cancers coliques. *Thèse Paris*, 1914.
- DARIAU. — Perforation du côlon sigmoïde consécutive à un cancer sous-jacent ignoré, simulant un étranglement herniaire. *Gazette des Hôpitaux*, 12 octobre 1932.
- DAVID, PATEY (H.) et ASCROFT (P. B.). — Le radiodiagnostic de l'occlusion intestinale aiguë. *The British medical journal*, 21 décembre 1935, page 1197.
- DE BOVIS. — Le cancer du gros intestin. *Revue de Chirurgie*, tomes XXI et XXII.
- DE BULTER d'ORMOND. — Anurie par tumeur du côlon pelvien. *Journal d'urologie*, 1920, page 119.
- DELORE et BISCH (M. A.). — A propos du traitement du volvulus du côlon pelvien chez l'adulte. *Revue de Chirurgie*, Décembre 1932.
- DESCOMPS et TURNESCO. — Les vaisseaux lymphatiques du gros intestin et leurs ganglions. *Bulletin et Mémoires de la Soc. Chir.*, 1922, page 1345.

- DESMAREST. — Technique de la résection de l'angle gauche du côlon pour cancer. *Journal de Chirurgie*, Tome 14, page 575.
- Cancer du côlon : la voie d'accès du cancer de l'angle colique gauche. *Presse Médicale*, 1919, 363.
- DEVERNE (H. B.). — A propos de la chirurgie du côlon sigmoïde. *Australian et New-Zealand Journal of Surgery*, Janvier 1934, p. 211.
- DIXON (Cl. F.). — Cancers du côlon. *Surgery, gynecology and obstetrics*, Décembre 1936, page 505.
- DIXON (Cl. F.) et OLSON (P. F.). — Guérison de cancers du côlon datant de vingt ans. *Surgery, gynecology and obstetrics*, Mai 1936, page 874.
- DOMINICI. — La chirurgie du côlon. *Congrès italien de chirurgie*, Octobre 1934.
- DUVAL. — A propos de la colectomie totale dans le traitement des cancers coliques. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1919, page 1365.
- Traitement chirurgical du cancer du côlon pelvien. *Thèse Paris*, 1902.
- FELSEN (J.) et WELLS (J. J.). — Adénomatose colique et cancer du côlon. *Journal of the American medical association*, 3 mars 1934, page 683.
- FERRAND (J. B.). — De la colorrhaphie sur tube après colectomie. *Thèse Bordeaux*, 1935-1936.
- FINSTERER. — Sur le traitement chirurgical des cancers du gros intestin. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 3 janvier 1936, page 19.
- La chirurgie du gros intestin. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, Février 1931, page 349.
- A propos de la clinique et de la thérapeutique des cancers du gros intestin. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 9 juillet 1937, page 1019 et 16 juillet 1937, page 1057.
- FIOLLE. — L'opération en un seul temps des cancers du côlon gauche. *Bulletin et Mémoires de la Soc. Chir.*, 1920, page 1382.
- FLEISCHNER (F.). — Modifications pariétales et rétrécissements au niveau du côlon comme conséquences des lésions extra-coliques. *Fortschritte auf. dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, Août 1932.
- GABRIEL (W. B.). — Polypose du rectum et du côlon pelvien avec double cancer du rectum. *Proceedings of the Royal Society of médecine*, Juin 1936, page 70.
- GATELLIER, MOUTIER et PORCHER. — Radiologie clinique du tube digestif. *Deux volumes chez Masson*.
- GAUDIER. — Ablation des cancers recto-sigmoïdiens par le procédé de R. C. COFFEY. *Bulletin et Mémoires de la Soc. Chir.*, 1935, page 612.
- GEMMILL. — Cancer du côlon. Etude de 38 cas. *Surgery, gynecology and obstetrics*, Avril 1937, page 738.

- GERBER (H.). — Sur l'exclusion unilatérale du gros intestin. *Brun's Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, 30 octobre 1934, page 389.
- GIRAULT. — Contribution à l'étude du cancer de l'anse sigmoïde. *Thèse Paris*, 1914.
- GORDON-WATSON (Ch.). — Diagnostic et traitement du cancer du côlon. *The British medical journal*, 28 mai 1932, page 969.
- GOSSET. — Cancer du côlon droit. *Thèse Paris*, 1933.
- GOULLIQUOD. — Cancer du côlon pelvien. Quelques résultats anciens. *Bull. et Mém. Soc., Chir.*, 1922, page 1191.
- GUELETTE. — De l'invagination intestinale; ses formes cliniques chez l'adulte. *Thèse Paris*, 1925.
- GUIBAL (J.). — Quatre cas de volvulus du sigmoïde. *Revue médicale de l'Est*, Juin 1933, page 431.
- HARTMANN. — A propos de l'ablation des cancers recto-sigmoïdiens par le procédé de COFFEY. *Bulletin et Mémoires de la Soc. Chir.*, 1935, page 674.
- Résultats de l'extériorisation dans le traitement du cancer du côlon gauche et du côlon pelvien. Discussion : Mocquot. *Bulletin et Mémoires de la Soc. Chir.*, 1924, page 575.
- HARTMANN, BERTRAND, FONTAINE et GUÉRIN. — Myomes du rectum. *Journal de Chirurgie*, tome XLII.
- HÉMON. — Sur l'association diarrhée et subocclusion dans certains états abdominaux aigus. *Thèse Paris* 1930.
- HEJDUK (Th.). — De la résection abdominale du cancer recto-sigmoïdien par le procédé de Hartman. Rétablissement tardif de la continuité intestinale. *Bulletin et Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1937, page 607.
- HINTZE (A.). — Cancer et occlusion intestinale. Contribution au diagnostic radiologique. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, Octobre 1935 et 59^e Congrès allemand de chirurgie.
- HUSTON (H. R.). — Diverticulite du colon chez la femme. *Archives of Surgery*, Juin 1933, page 1111.
- JOUFFRAY. — Formes cliniques du cancer du gros intestin rectum excepté. *Thèse Lyon* 1907.
- JUNGHANNS (H.). — Etude anatomique et clinique des tumeurs villeuses du rectum. *Archiv. für Klinische chirurgie*, Mai 1933, page 45.
- KOCH (F.). — Etude sur la chirurgie du cancer colique. *Archiv. für Klinische chirurgie*, Novembre 1935, page 39.
- LAFOURCADE. — Les tumeurs ano-rectales satellites des cancers coliques (Tumeur signal). *Thèse Paris* 1938.
- LAMBLING. — Les tumeurs villeuses du rectum. *Thèse Paris* 1928.
- LARSON (L. M.) et NORLAND (M.). — Tumeurs malignes du gros intestin. *Annals of Surgery*, Août 1934, page 328.

- LASTRA. — Le cancer du côlon et son traitement chirurgical. *Boletines de la Liga contra el cancer*, Décembre 1934, page 353.
- LECÈNE. — Note sur six cas de résection du gros intestin par R. H. Kummer. *Bulletin et Mémoires de la société de Chirurgie*, 1922, page 248.
- LECLERC (G.). — Le rétablissement de la continuité intestinale par invagination après résection pour néoplasme de l'S iliaque et du haut rectum. *Bulletin et Mémoires Soc. Chir.*, 1930, page 1152.
- LEFÈBRE (Ch.). — Six observations du cancer de l'anse sigmoïde. *Bulletin et Mémoires Soc. Chir.*, 1933, page 1441.
- LELOURDY. — Sur quelques débuts insolites du cancer des côlons. Thèse 1931.
- LENORMANT. — Sur le traitement du cancer du côlon transverse. *Bulletin et Mémoires Soc. Chir.*, 1924, page 648.
- LENOIR. — Fistule gastro-colique latente par cancer du côlon à forme larvée. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, Février 1924.
- LEREBOULLET et TIXIER. — Cancer latent du cœcum à forme anémique. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 13 mars 1908.
- LIONNEL E. C. NORBURY. — Cinq cas de papillomatose extensive du rectum et du côlon pelvien. *Proceedings of the Royal Society of medicine*, Juin 1936, page 71.
- LICHTENAUER. — Technique de l'excérèse des cancers du rectum et du côlon pelvien. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, Septembre 1934, page 273.
- LOCKART-MUMMERY (J. P.). — Lipome du côlon. *Proceedings of the Royal Society of medicine*, Mars 1933, page 590.
- Les relations entre l'adénome et le cancer du gros intestin. *The Lancet*, 18 mai 1935, page 1149.
- LORIN. — Introduction à l'étude du traitement chirurgical des adénopathies dans les cancers du côlon transverse et gauche. *Journal de Chirurgie*, tome 29, page 129.
- MAINGOT et DUCLOS. — Bases radiologiques actuelles du diagnostic des sigmoïdites. *Archiv. A. D. P.*
- MAINGOT et SARASIN. — Valeur de l'exploration radiologique du cancer des côlons. *Presse Médicale*, 1934, N° 17, page 333.
- MARCO. — Formes fébriles du cancer du gros intestin. Thèse Paris, 1926.
- MARTEL (Th. de). — Sutures du gros intestin. *Bulletin et Mémoires Soc. Chir.*, 1921, page 1434.
- MATHIEU (P.). — Colectomie étendue pour cancer du côlon gauche, anastomosé termino-terminale. *Bulletin et Mémoires Soc. Chir.*, 1922, page 293.

- MASSON. — La supériorité des images en relief dans l'exploration radiologique du côlon. *Presse Médicale*, 25 janvier 1936.
- MATIGNON et FRUCHAUD. — Cancer du colon sigmoïde chez un jeune homme de quinze ans. *Bulletin et Mémoires Soc. Chir.*, 1931, page 1181.
- MAYO (W. J.). — Chirurgie du gros intestin. *Annals of surgery*, Octobre 1931, page 722.
- METZQUER. — Formes hémorragiques du cancer du gros intestin. *Thèse Nancy* 1927-28.
- MÉTIVET. — A propos du rapport de M. MOULONGUET sur les observations de résection de cancers coliques de M. R. BERNARD. *Bulletin et Mémoires Académie de Chirurgie*, 1937, page 5.
- MICHON. — Utilité de la cystoscopie dans certains néoplasmes de l'anse sigmoïde. *Journal d'urologie*, Novembre 1921, page 463.
- MOCK (J.). — Cystoscopie dans le cancer sigmoïdien. *Bull. et Mém. Soc. Chirugiens de Paris*, 11 janvier 1935.
- MOSES BEHREND. — Cancer du côlon. Traitement suivant le siège. *Surgery, gynecology and obstetrics*, Octobre 1937, page 505.
- MUMMERY. — Procédé pour rétablir la continuité de l'intestin dans les cas d'extirpation d'une tumeur bas située de l'anse sigmoïde. *The Lancet*, 16 mai 1908, page 1403.
- OKINCZYC. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical du cancer du côlon. *Thèse Paris* 1907.
- — — Cancer de l'intestin; bibliothèque du cancer. *Un volume chez Doin*.
- — — Technique et résultats de l'extirpation des tumeurs du gros intestin. *Congrès de chirurgie*, 1922.
- OKINCZYC. — Cancer de la partie terminale du côlon pelvien; résection; invagination du côlon dans le rectum (opération de Mummery); guérison. *Journal de chirurgie*, tome XXXV, page 594.
- — — Trois cas de tumeurs bénignes du côlon pelvien (endométrïomes et diverticulite). Iléo-côlo-rectoplastie réparatrice dans un cas. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1937, page 271.
- — — Colectomies. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1924, page 173.
- — — Invagination du côlon dans le rectum après la résection des cancers bas situés du côlon pelvien. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1930, page 256 et 280.
- — — Iléo-côlo-rectoplastie. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 26 janvier 1935, page 53.
- PAUCHET. — Cancer de l'angle splénique du côlon. *Journal de méd. de Paris*, 5 octobre 1933.
- PAUCHET. — Tumeurs coliques gauches et sigmoïdes. Exérèse. Rétablissement de la continuité colique par substitution d'une anse iléale

- interposée. Côlo-iléo-rectostomie. *Technique chirurgicale*, juin 1933, page 103.
- PAUCHET. — Traitement de certains cancers coliques par l'extériorisation. Résection combinée au jumelage des anses et suivie de colotomie et de colorrhaphie. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1925, page 1106.
- PAUCHET et LUQUET. — Deux cas récents de cancers recto-sigmoïdiens. *Bull. et Mém. de la Soc. Chirurgiens de Paris*, N° 14, 4 novembre 1932.
- PETIT et MERLE. — Cancer latent de l'angle colique gauche à forme anémique. *Soc. Méd. Hôp. de Paris*, mai 1908.
- PLANES. — Formes gastriques du cancer du côlon transverse. *Thèse Lyon*, 1927-28.
- POHL (R.). — Sténoses du sigmoïde consécutives à des infiltrations au cours du cancer de l'ovaire. *Forsschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, août 1932.
- POTTER (E.-B.) et COLLIER (F.-A.). — Vaccination intrapéritonéale dans la chirurgie du côlon. *Annals of surgery*, mars 1935, page 886.
- PRAT. — Les diverticules du côlon. *Thèse Paris*, 1935.
- QUÉNU (E.). — *Bulletin et Mémoires de la Société Chirurgie*, 2 juillet 1913, page 1014.
- Sur le traitement de l'occlusion intestinale aiguë par cancer du gros intestin. *Bull. et mém. Soc. Chir.*, 1919, page 660.
- QUÉNU (J.). — L'iléo-coloplastie. *Journal de chirurgie*, tome XLII, juillet 1933.
- De l'exclusion bilatérale du gros intestin avec ouverture des deux bouts du segment exclu, comme opération préliminaire de la colectomie totale. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1932, page 688.
- Les Myomes du rectum. Leur traitement chirurgical avec une observation personnelle. *Bulletin médical*, 4 juin 1938.
- Diagnostic précoce du cancer du rectum. *Bulletin médical*, 10 septembre 1938.
- QUÉNU (J.). — Diagnostic, traitement et pronostic du cancer du côlon. *Journal de Méd. et de Chir. pratiques*, 25 novembre 1934.
- QUERNEAU (J.). — Actinomyose du côlon descendant. *Mém. de l'Académie de Chirurgie*, 18 mars 1936, page 369.
- QUIROT. — La forme gastrique de l'occlusion intestinale chronique. *Thèse Paris*, 1909.
- RAIFORD. — Cancers du gros intestin. *Annals of surgery*, Avril 1935, page 1042.
- RANKIN. (F.-W.). — Colectomie totale; ses indications et sa technique. *Annals of surgery*, octobre 1931, page 677.

- RAYNER (H.). — Le traitement du cancer du côlon. *The Lancet*, janvier 1936, page 136.
- ROUSSET. — Le radiodiagnostic d'urgence de l'occlusion intestinal, aiguë. *Thèse Paris*, 1935.
- SAFAR. — Perforation du gros intestin en péritoine libre à la suite de l'examen radiologique au cours des cancers du gros intestin. *Thèse Lyon*, 1935-36..
- SCHOEMAKER (J.). — Maladies du côlon excepté les cancers. *X^e Congrès de la Société Internationale de Chirurgie*. Le Caire 30 décembre 1935.
- SCHWARTZ. — De l'extirpation du cancer du côlon transverse. *Bull et Mém. de la Soc. Chir.*, 1924, page 463.
- SCHWARTZ. — De l'extériorisation du côlon. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1926, page 2.
- SCHWARTZ et HARTGLASS. — Traitement chirurgical du cancer du côlon gauche. *Journal de Chirurgie*, tome 23, page 337.
- SÉNEQUE et MILHIET. — Traitement chirurgical du dolichocôlon, en particulier par le procédé de résection en un temps avec suture termino-terminale extériorisée. *Journal de Chirurgie*, tome 46, page 187.
- SOUPAULT. — L'opération de Hartman. *Journal de Chirurgie*, tome 30, page 513.
- SOUPAULT. — Quelques chapitres de la chirurgie des côlons. *X^e Congrès Soc. Inter. Chir.*, Le Caire, 30 décembre 1935.
- TAVERNIER. — Cancer double de l'anse sigmoïde. *Soc. Chir. Lyon*, 3 mai 1928.
- THIERY (P.). — Cancer du côlon transverse. *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 1924, page 489.
- TIXIER et BERTRAND. — Six observations de sigmoïdite. *Lyon Chirurgical*, septembre 1932, page 591.
- TIXIER. — De l'hystérectomie abdominale totale systématique dans le traitement du cancer du rectum et du côlon pelvien. *Lyon Chirurgical*, février 1911, page 135.
- THOMPSON (J.-W.). — Résections itératives dans les récidives des cancers coliques. *Journal of the American medical association*, novembre 1936, p. 1668.
- TUFFIER. — Des abcès profonds de l'abdomen comme premier signe d'un cancer de l'intestin. *Semaine médicale*, 22 juin 1904.
- VIANNEY (C.). — Neuf cas de résection partielle du côlon pour cancer dont cinq en un temps. *Congrès français de chirurgie*, 1912.
- Un cas de colectomie en un temps pour cancer du côlon pelvien. *Bul. et Mém. Soc. Chir.*, 1927, page 872.
- VILARDELL (J.). — Tumeur vilieuse du rectum. *Archivos espanoles de enfermedades del aparato digestivo y de la nutrición*, Avril 1934, page 197.

- WEBER (H. M.). — Carcinome du côlon. Ses aspects radiologiques et leurs diagnostics différentiels. *The American journal of cancer*, Février 1933, page 321.
- WEILL (P. E.) et STIEFFEL. — Anémies graves et rétrécissement de l'intestin. *Bull. Méd.*, 27 janvier 1934.
- WHITE (C. S.). — Double tumeur primitive maligne du côlon. *Annals of surgery*, Août 1930, page 486.
- WILKIE (D. P. D.). — Cancer du côlon. Son traitement chirurgical. *The Lancet*, 13 janvier 1934, page 65.
- YOVANOVITCH (B. Y.). — Les possibilités de la chirurgie dans les cancers des côlons. *Clinique et Laboratoire*, 20 septembre 1938.

TABLE DES MATIERES

	Pages
Introduction	11
Considérations Générales	12
<i>Les bases du diagnostic</i>	14
Les Aspects Cliniques	15
Les Examens qui assurent le Diagnostic	33
<i>L'enquête radiologique</i>	40
<i>La laparotomie exploratrice</i>	74
<i>Le traitement</i>	79
Opérations pratiquées. Techniques suivies	81
Les Résultats	90
<i>Observations</i>	101
Conclusion	131
Bibliographie	133

